FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS

PARIS VII

Année 1975 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

O'HANA Ralph William

NÉ LE 15 MARS 1948 A MEKNES (MAROC)

INTERNE DES HOPITAUX DE LA CIRCONSCRIPTION DE PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 1975

GROSSESES EXTRA-UTÉRINE, ASPECTS CLINIQUES

A PROPOS DE 23 OBSERVATIONS RECUEILLIES AU C.H. DE PONTOISE DE NOVEMBRE 1971 A JANVIER 1975

Président : Mr Paul MORIN, Professeur

FACULTE DE MEDECINE PARIS LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS

PARIS VII

Année 1975 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE (Diplome d'état)

par

O'HANA Ralph William
né le 15 Mars 1948 à MEKNES(MAROC)

INTERNE DES HOPITAUX DE LA CIRCONSCRIPTION DE PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 1975

GROSSESSE EXTRA-UTERINE, ASPECTS CLINIQUES
A propos de 23 observations recueillies au C.H. DE PONTOISE, de Novembre 1971 à Janvier 1975

Président: Mr PAUL MORIN, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ DE PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-LARIBOISIÈRE-SAINT-LOUIS

HÔPITAL LARIBOISIÈRE
2, RUE AMBROISE PARÉ
75010 PARIS

HÔPITAL FERNAND WIDAL
200, RUE DU FG SAINT-DENIS
75010 PARIS

HÔPITAL SAINT-LAZARE
107, RUE DU FG SAINT-DENIS
75010 PARIS

HÔPITAL SAINT-LOUIS
2, PLACE DU DR ALFRED FOURNIER
75010 PARIS

HÔPITAL HÉROLD
2, PLACE RHIN ET DANUBE
75010 PARIS

Doyens Honoraires : Professeurs J. BERNARD - JJ. BERNIER

Professeurs Honoraires : M. AUBRY - C. LAUNEY - R. WORMS - A. DJOURNO

Doyen : Professeur E. FOURNIER

Professeurs

Médecine Interne

Daniel KUNTZ	Professeur Agrégé
Jacques ROUFFY	Professeur Agrégé

Thérapeutique

Michel LAMOTTE	Profes. titulaire
Jean-Marc SEGRESTAA	Prof. Agrégé
Charles CAULIN	Prof. Agrégé
Chantal BISMUTH	Prof. Agrégé

Radiologie

Maurice LAVAL-JEANTET	Prof. Agrégé
Norbert VASILE	Prof. Agrégé
René DJINDJIAN	Prof. Associé

Cardiologie

Yves BOUVRAIN	Prof. Titulaire
Jean-Jacques WELTI	Prof. Titulaire
Robert SLAMA	Prof. Agrégé
Gilbert MOTTE	Prof. Agrégé

Endocrinologie

Jean CANIVET	Prof. Titulaire
Gérard CATHELINEAU	Prof. Agrégé

Rhumatologie

Stanislas DE SEZE	Prof. Titulaire
Marcel KAHN	Prof. Agrégé
Antoine DRYLL	Prof. Agrégé
Antoine RYCKEWAERT	Prof. Agrégé

Hépato-Gastro-entérologie

Jean-Jacques BERNIER	Prof. Titulaire
Jean-Pierre FERRIER	Prof. Agrégé
Jean-Claude RAMBAUD	Prof. Agrégé

Pneumologie

Lucien ISRAEL	Prof. sans Chaire

Dermatologie

Robert DEGOS	Prof. titulaire
Jean CIVATTE	
Stéphane BELAICH	Prof. Agrégé
Félix DUPERRAT	Prof. Titulaire
Antoine Puissant	Prof. Agrégé

Neurologie

Bernard PEPIN	Prof. sans Chaire

Psychiatrie Adulte

Antoine GORCEIX	Prof. Agrégé

Psychiatrie Infantile

Michel DUGAS	Prof. Agrégé

Pédiatrie

Henri LESTRADET	Prof. Sans Chaire
Bernard LABRUNE	Prof. Agrégé
Jean-Marie DESBOIS	Prof. Agrégé

Chirurgie générale

Jean PERROTIN	Prof. Titulaire
Pierre HAUTEFEUILLE	Prof. Agrégé
Michel CELERIER	Prof. Agrégé

Chirurgie plastique

Claude DUFOURMENTEL	Prof. Associé
Pierre BANZET	Prof. Agrégé

Chirurgie orthopédique

Jacques WITVOET	Prof. Agrégé

.../

Neuro-Chirurgie

ıymond HOUDARD	Prof. Titulaire
ean COPHIGNON	Prof. Agrégé
lain REY	Prof. Agrégé

Gynécologie

aul MORIN	Prof. Titulaire
hilippe ENGELMANN	Prof. Agrégé

O.R.L.

aul PIALOUX	Prof. Titulaire
eorges FREYSS	Prof. Agrégé

Histologie

acques LAVEDAN	Prof.sans Chaire
ichel MAILLET	Prof. Agrégé
laude BOUTON	Délégué M.C.A.

Biophysique

ichel BURGEAT	Prof. de Physique médic.
ichel DUVELLEROY	Prof. Agrégé
von GRALL	Prof. Agrégé

Biochimie

oland BOURRILLON	Prof. Titulaire
ierre TIOLLAIS	Prof. Agrégé
ges GOUSSAULT	Prof. Agrégé

Physiologie

ndrée TEILLAC	Prof. sans Chaire
ean-Paul MARTINEAUD	Prof.sans Chaire
ubert MAMO	Prof.sans Chaire

Pharmacologie

aul LECHAT	Prof. Titulaire

Bactériologie

vonne PEROL	Prof. Agrégée

Parasitologie

ichel LARIVIERE	Prof. Titulaire

Anatomie Pathologique

Jean ROUJEAU	Prof. Titulaire
Nouredine CHELLOUL	Prof. Agrégé
Annie GALIAN	Prof. Agrégée

Anesthésiologie

Jean-François MONTAGNE	Prof. Agrégé
Ernest ECHTER	Prof. Agrégé

Médecine Légale

Etienne FOURNIER	Prof. Titulaire

Médecine du Travail

Marie-Louise EFTHYMIOU	Prof. Agrégé

Toxicologie

Michel GAULTIER	Prof. Titulaire
Pierre GERVAIS	Prof. Agrégé

Radio-Isotopie

Yves NAJEAN	Prof. Sans Chaire

Immunologie

Maxime SELIGMANN	Prof. Titulaire
Jean DAUSSET	Prof. Titulaire
Jacques COLOMBANI	Prof. Agrégé
Jacques HORS	Prof. Agrégé

Hématologie

Michel BOIRON	Prof. Titulaire
Jean BERNARD	Prof. Titulaire
Claude JACQUILLAT	Prof. Agrégé
Gérard SCHAISON	Prof. Agrégé
Georges FLANDRIN	Prof. Agrégé
Jacques CAEN	Prof. Agrégé

Pathologie Expérimentale

Pierre MERKLEN	Prof. Titulaire
François COTTENOT	Prof.sans Chaire

Anatomie et Organogenèse

Jean-Pierre LASSAU	Prof. Agrégé

Médecins Chirurgiens et Spécialistes des Hôpitaux

Médecine Interne
Dr. M. PESTEL

Radiologie
Dr. P. MAY
Dr. BENNET

Dermatologie
Dr. P. DE GRACIANSKY

Pédiatrie
Dr. P. GRENET
Dr. A. HERRAULT

Chirurgie générale
Dr. C. COUINEAUD
Dr. J.P. CALVET
Dr. C. RICHARD

Chirurgie Thoracique
Dr. C. DUBOST

Urologie
Dr. J. MICHON

Chirurgie Infantile
Dr. J. BARCAT
Dr. BIENAYME

Ophtalmologie
Dr. R. CAMPINCHI

O.R.L.
Dr. J. LABAYLE

Directeurs d'Enseignement Clinique

M. ACCARD
M. ALBERTINI
M. BARDIAUX
M. BENAND
M. BERANGER
Mme BECKMAN
M. BERTRAND
M. CALLEROT
Mme CHAIGNEAU
M. CHALANSET
M. CHAOUAT
M. DELANOE
M. DELTEIL
M. DESFOSSES
M. DEUMIER
M. DURAND
M. ELBAZ
M. ELIACHAR
M. FERREZ
M. GANEN
Mme GIACOMINI
M. GOUDAL
M. GROSHOMME
M. GRUPPER
M. GURTLER
M. HUGUET
M. KALMANSON
M. LAMY
M. LEFEVRE
Mme LEMPICKI
M. LESNE
M. LEBOURGES
M. LIBESKING
M. LOGEAY
M. MAWAS
M. MAZZA
M. MANTEL
M. MARTINETTI
M. Martin DUPRAY
Mme MAY
M. MIKOL
M. NEHLIL
M. POUJOL
M. PARIENTE
M. PASQUIER
M. PETITHORY
M. PIRET
M. PLANE
M. RACINE
M. RENE
Mme RENIE
M. ROUCHON
M. SIGAL
M. SCHWEICH
Mme SORREL-DEJERINE
M. SUCHESTOW-SUCHET
M. TAYON
M. TINTHOIN
M. VANTELON
M. de VERBIZIER
M. VERGNON
M. VERMEULEN
Mme VIGNAUD
M. VIGUIE
Mme XIMENES
M. ZAMET
M. ZUCMANN

A mes parents qui ont tant fait pour moi

A mon maître, Monsieur le Professeur Paul MORIN,

GYNECOLOGUE-ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE PARIS,

PROFESSEUR A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il trouve ici l'assurance de mon profond respect et de ma grande admiration.

A mon maître, Monsieur le professeur agrégé PH. ENGELMANN,

GYNECOLOGUE-ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE PARIS,

qui durant ce travail m'a encouragé et éclairé de son expérience; qu'il soit assuré de mes sincères remerciements.

A mes maîtres d'externat:

Mr le Professeur J.CANIVET,médecin des Hôpitaux de Paris,

Mr le Docteur CALVET,chirurgien des Hôpitaux de Paris,

Mr le Professeur Y.BOUVRAIN,médecin des Hôpitaux de Paris,

Mr le Professeur R.HOUDART,neuro-chirurgien des Hôpitaux de Paris,

Mr le Professeur P.MORIN,gynécologue-accoucheur des Hôpitaux de Paris,

Mr le Docteur GRENET,médecin des Hôpitaux de Paris

En témoignage de gratitude pour ce qu'ils m'ont appris.

A mes maîtres d'internat:

Melle le Docteur O.RENIE,médecin de l'Hôpital d'EAUBONNE,

Mr le Docteur G.ROCHE,médecin de l'Hôpital d'EAUBONNE,

Mr le Docteur R.LOGEAY,gynécologue-accoucheur de l'Hôpital de PONTOISE,qui nous a facilité la réalisation de cette thèse

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout ce qu'ils m'ont appris.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (G.E.U.) est définie par la nidation ectopique de l'oeuf fécondé et son développement hors de la cavité utérine.
Il s'agit le plus souvent d'une grossesse tubaire (95% des G.E.U.); rarement d'une grossesse abdominale où le foetus se développe dans la grande cavité abdominale après avortement tubo-abdominal au-delà du 5e mois,rupture à bas bruit d'un utérus cicatriciel ou de la corne rudimentaire gravide d'un utérus pseudo-unicorne (1/7000 à 1/15000 grossesses selon les auteurs);encore plus rarement d'une grossesse cervicale où le foetus se développe dans le fuseau endocervical après nidation sur l'endocol (environ 1/16000 grossesses selon certains auteurs);encore plus exceptionnellement d'une grossesse ovarienne dont le diagnostic révélé lors de la laparotomie est confirmé par l'examen anatomo-pathologique.

Nous nous intéresserons plus particulièrement aux aspects cliniques des grossesses extra-utérines à développement tubaire.

Nous présenterons les divers tableaux cliniques en insistant sur certains signes cliniques,ainsi que les examens complémentaires au premier rang desquels la COELIOSCOPIE qui permet un diagnostic précoce avant les complications hémorragiques inéluctables mettant en jeu le pronostic vital,et impose l'intervention chirurgicale.

Nous présenterons ensuite 23 observations de grossesses extra-utérines recueillies au C.H. de PONTOISE de Novembre 1971 à Janvier 1975, dont 22 grossesses tubaires et une grossesse ovarienne,suivies de quelques remarques et de la conclusion que nous inspire ce travail.

On reconnaît actuellement en France une grossesse extra-utérine pour 200 grossesses.La fréquence des G.E.U. croît au cours de ces dernières années en chiffres absolus;les moyens diagnostiques au premier rang desquels la coelioscopie en font reconnaître davantage.

Les accidents évolutifs font de la grossesse extra-utérine une maladie redoutable et imposent un diagnostic précoce conduisant à l'intervention chirurgicale.

Mais le diagnostic de G.E.U. est souvent difficile car les tableaux sont polymorphes,sans parallélisme anatomo-clinique.

Les complications de la contraception orale ou par D.I.U. multiplient encore les causes d'erreur.Il faudra le suspecter devant tout syndrome douloureux abdomino-pelvien ou métrorragies chez la femme en période d'activité génitale,en sachant que tout peut se voir depuis les signes les plus banaux jusqu'à l'urgence abdominale aigue.

GROSSESSES TUBAIRES

Les grossesses tubaires représentent 95% des grossesses extra-utérines (G.E.U.).La nidation peut se situer au niveau des différents segments de la trompe:

-interstitiel,isthmique,ampullaire,infundibulaire.

.Les grossesses ampullaires contituent environ les 2/3 des grossesses tubaires.

.Les grossesses isthmiques près du 1/3,

.Les grossesses infundibulaires (au niveau du pavillon)sont plus rares(3%),de même que les grossesses interstitielles(1%).

Il faut souligner la gravité des grossesses interstitielles et isthmiques dues à la rupture hémorragique souvent inaugurale et précoce. La récidive de G.E.U. est fréquente:environ 10% (G.E.U. sur la même trompe après chirurgie conservatrice,G.E.U. contro-latérale après salpingectomie).

A titre de curiosité,nous citerons:

-Le chorioépithéliome de la trompe,développé aux dépens d'une grossesse ectopique méconnue.

-L'association grossesse utérine-grossesse tubaire (1/30000 grossesses environ);

-La grossesse tubaire bilatérale;

-La grossesse tubaire gémellaire unilatérale,voire triple dans un moignon de trompe.

Il est des cas de G.E.U. tubaire sur trompe sans ovaire (migration transpéritonéale de l'oeuf).

Deux facteurs principaux peuvent concourrir à la nidation tubaire:

- le retard de captation de la ponte ovulaire,

- le ralentissement de migration de l'oeuf fécondé en raison de lésions salpingiennes congénitales(endométriose,myomatose,adénomyomatose) ou acquises(salpingites aigues ou chroniques,tuberculose génitale;plastie tubaire pour stérilité),et d'un facteur mécanique surajouté.

L'oeuf ectopique a une stucture normale,mais les villosités rencontrent des tissus impropres à la formation du placenta.Les effractions vasculaires consécutives à la pénétration du trophoblaste entraînent des hémorragies plus ou moins importantes qui interrompent l'évolution de la grossesse dès les premiers mois.

Les grossesses tubaires de plus de trois mois sont rares;l'oeuf meurt dès les premières complications.
Il existe dans la littérature une soixantaine de cas de grossesses tubaires à terme,certaines avec vitalité foetale.

L'interruption de la G.E.U. a donc un dénominateur commun,l'hémorragie.

EVOLUTION DE LA NIDATION ECTOPIQUE

Il peut se produire une rupture tubaire brutale avec éclatement et ouverture des vaisseaux tubaires de l'arcade sous-tubaire(formée par l'anastomose de l'artère tubaire interne,branche de l'utérine avec l'artère tubaire externe,branche de l'ovarienne) réalisant une inondation intra-péritonéale cataclysmique,urgence chirurgicale s'il en est.Parfois se constitue une hémorragie intra-ligamentaire.

-Ailleurs,l'oeuf saigne à l'intérieur de la trompe,constituant un HEMATOSALPINX qui peut évoluer:

.très rarement vers la résorption spontanée,

.parfois,dans les localisations ampullaires et infundibulaires , vers l'avortement tubo-abdominal où l'oeuf est expulsé dans la grande cavité abdominale à travers le pavillon,cet avortement s'accompagnant d'une hémorragie le plus souvent progressive réalisant une hématocèle,parfois massive entraînant une inondation péritonéale.

.Fréquente est la fissuration de l'hématosalpinx:
-discrète,elle est source d'hémorragie peu abondante;le sang se collecte dans le cul-de-sac de Douglas réalisant une hématocèle rétro-utérine qui s'organise,s'enkyste.
- mais la fissuration peut précéder la rupture conduisant à l'inondation péritonéale.

On peut donc schématiser l'évolution d'une grossesse tubaire en trois tableaux anatomo-cliniques différents:

1.G.E.U. jeune non compliquée,au stade d'hématosalpinx,où il faut faire le diagnostic sur une symptomatologie discrète;la COELIOSCOPIE rend ici de grands services.

2.L'INONDATION PERITONEALE cataclysmique imposant réanimation et laparotomie d'urgence.
3.L'HEMATOCELE,hémorragie péritonéale circonscrite.

I.- G.E.U. TUBAIRE NON ROMPUE=HEMATOSALPINX.

"Je ne les étudierai pas (les signes de la G.E.U.) chez de grandes malades appelant au secours,mais chez les malades de la consultation quotidienne,chez celles qui sont sur les bancs d'une salle d'attente de consultation gynécologique ou qui viennent,en se promenant, chercher un conseil chez le médecin.Parmi elles sont les grossesses extra-utérines à opérer vite..." (H.MONDOR)

Etude critique des symptomes fonctionnels.

1°. IRREGULARITE MENSTRUELLE.

L'aménorrhée dit MONDOR est mentionnée dans les livres avec trop d'emphase."Il faut interroger avec beaucoup de soin,de clarté,de patience";faire préciser la date et la durée des règles des trois ou quatre derniers mois;faire apparaître une irrégularité menstruelle,un court retard.
Les métrorragies,faisant suite à un retard de règles sont classiquement de couleur "sépia",peu abondantes,récidivantes;parfois de sang rouge avec caillots,simulant une menace d'avortement.Leur survenue peut coïncider avec la date prévue de la menstruation,dont

elles se distinguent par leurs caractères non habituels.Parfois elles précèdent la date prévue de la menstruation,évoquant une métrorragie fonctionnelle.
"Les hémorragies diffèrent toujours des hémorragies cataméniales par le défaut de périodicité,aussi bien que par la qualité et la quantité de sang perdu" (A.PINARD)
"Ce ne sont pas des règles ordinaires,elles sont modifiées dans leur qualité,leur quantité,leur apparition,leur durée" (PAJOT).

Un léger retard,une interruption des règles suivie de pertes irrégulières ou des métrorragies depuis les dernières règles sont des signes qui doivent attirer l'attention et faire évoquer une G.E.U.

2°. DOULEURS PELVIENNES.

"La douleur pelvienne est un signe presque constant,mais traduit par les renseigrements de la malade,c'est un signe d'apparence souvent si bénigne" (MONDOR).
Caractéristiques quand elles précèdent les métrorragies;elles ne sont pas calmées par le repos,la glace ni l'antibiothérapie.
Il peut s'agir de crampes unilatérales gauche ou droite avec irradiations surtout lombaires,parfois sacrées,périnéales,rectales, viscérales ou crurales.Il faut rechercher la notion de colique salpingienne vive de courte durée,évocatrice lorsqu'elle inaugure un accès syncopal.

L'association douleur pelvienne,irrégularité menstruelle ou un seul de ces symptômes isolés doit faire pratiquer un bilan gynécologique soigneux et éliminer une grossesse extra-utérine.

"Quand on pense à la grossesse extra-utérine,on n'y pense pas encore assez" (CADENAT).

"Toutes les erreurs sont possibles,et je les ai toutes faites" (P.MOCQUOT).

L'interrogatoire recherchera les signes sympathiques de grossesse (nausées,vomissements,turgescence mammaire),un plateau thermique supérieur à 37°C;et les antécédents pathologiques que l'on retrouve avec fréquence:

-G.E.U. antérieure (on note environ 10% de récidive in situ après chirurgie conservatrice,ou contro-latérale).

-Stérilité (la G.E.U. survient après une hystérosalpingographie, après une plastie tubaire - une G.E.U. pour trois grossesses utérines selon PALMER -,ou au décours d'une épreuve de stimulation-freinage).

-Avortement à répétition;

-Episodes d'infection génitale aigue ou chronique,banale ou spécifique(tuberculose);

-Contraception par D.I.U.(stérilet).

On recherchera également l'existence de lipothymies,de scapulalgies, de troubles du transit.

Données de l'examen clinique.

L'examen de l'abdomen révèle parfois un météorisme péri-ombilical. A la palpation l'abdomen est souple;on note parfois une sensibilité d'une fosse iliaque.

On effectuera le toucher vaginal(TV),après évacuation vésicale,sur table gynécologique.
Le toucher vaginal sera associé au palper hypogastrique et iliaque combiné.L'exploration de l'utérus et des annexes doit être conduite avec prudence et douceur.Le toucher vaginal ou le palper combiné trop appuyé peut hâter la rupture et l'hémorragie.

Modification de l'utérus:

.Le col est un peu mou,lilas,sec;mais il n'y a pas de ramollissement isthmique.

.Le corps utérin est souvent un peu gros,mais moins qu'un utérus gravide(l'utérus s'hypertrophie sous l'effet des hormones dues à la présence de l'oeuf ectopique,ce qui constitue cliniquement une cause d'erreur).

Modification des annexes:

La perception de la petite masse annexielle n'est pas facile;il faut aller parfois loin sur les côtés,loin en arrière de l'utérus; en tout cas ce"quelque chose" de latéro-utérin est douloureux.

La perception d'une petite masse entre l'utérus et un ovaire est quasi pathognomonique mais rare.
Plus souvent on note la sensibilité ou l'empâtement d'un cul-de-sac.
Il n'est pas rare que la classique masse tubaire ne soit pas percue, même sous anesthésie générale.
La douleur à la mobilisation utérine est un bon signe.
La sensibilité du cul-de-sac de Douglas est symtomatique d'un épanchement sanguin.

FORMES CLINIQUES

1. Forme pseudo-abortive:
Les hémorragies sont abondantes,de sang rouge,mêlées de caillots ou de débris de caduque pris pour des fragments placentaires.Il n'est pas exceptionnel que quelques jours se passent entre le curetage et la survenue brutale d'une hémorragie interne;d'où l'examen anatomopathologique systématique des débris utérins devant tout curetage.

"En présence de tout syndrome d'avortement,le premier soin doit être d'écarter la possibilité d'avortement tubaire";
"Toute femme présentant le tableau clinique d'un avortement probable imminent ou incomplet doit être examinée avec l'idée qu'il peut s'agir d'une G.E.U.,surtout si les douleurs ont un siège latéral et non médian" (H.MONDOR)

2. Forme pseudo-salpingienne:
Douleurs abdominales et masse latéro-utérine s'associent à une élévation thermique franche et à une hyperleucocytose importante.

L'aphorisme de MONDOR : "G.E.U.=température modérée et leucocytose oscillante;salpingite aigue=température oscillante et leucocytose uniformément élevée" a perdu de sa valeur depuis que l'usage des antibiotiques perturbe les courbes thermiques et leucocytaires.

3. Une forme particulière est à signaler:

La forme prise trop tôt,où l'examen clinique,voire même la coelioscopie sont faussement négatifs et éliminent à tort le diagnostic de grossesse extra-utérine qui se révèlera ultérieurement par une complication hémorragique.

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES DE DIAGNOSTIC

Actuellement la mise en observation n'a plus sa raison d'être depuis l'avènement de la coelioscopie.
MONDOR écrivait: "Si malgré le repos,la petite chose latéro-utérine grossit,si l'utérus reste sans changement,si les pertes sépia continuent,si la tuméfaction augmente malgré la glace,le repos,et sans température,si les crises douloureuses résistent au repos et à la glace,s'il n'y a pas d'hyperleucocytose trop

marquée,le diagnostic est devenu facile:on peut affirmer la grossesse extra-utérine".

EXAMENS DE LABORATOIRE

Le groupe sanguin rhésus sera demandé systématiquement s'il n'existe déjà deux vérifications.

1°. TESTS DE GROSSESSE.

Le test de REIPRICH,réaction biologique de grossesse sur la rate impubère est le plus fidèle, positif dans environ 90% des grossesses ectopiques jeunes (deux semaines d'aménorrhée),mais a pour inconvénient la lenteur du résultat (6 à 8 heures).

La réaction de Wide,réaction immunologique d'inhibition de l'hémagglutination est positive dans 2/3 des G.E.U. jeunes,mais ce test est simple et rapide (réponse en moins de trois heures).

En cas de R.I.G. négative,et en l'absence d'urgence,on confirmera le résultat par un second dosage sur les urines du matin après restriction hydrique.

Devant une R.I.G. positive,associée à un examen clinique évocateur d'une grossesse ectopique,on a recours à la coelioscopie.

Devant une R.I.G. positive associée à un examen clinique peu explicite,on peut avoir recours à une échographie qui réduit le nombre de coelioscopies blanches et ne retarde pas l'intervention.
Si la R.I.G. est douteuse,ce peut être une menace d'avortement (interruption d'une grossesse intra-utérine),là aussi l'échographie ultra-sonore peut apporter de précieux renseignements.

La négativité des R.B.G. et R.I.G. ne possède aucune valeur diagnostique absolue et ne peut prétendre écarter la possibilité d'une G.E.U. "Le résultat négatif d'une réaction de grossesse n'élimine pas celle-ci,pas plus qu'un résultat positif ne la localise..."
(LE LORIER)

Cette négativité a au moins l'intérêt d'autoriser la pratique d'une HYSTEROSALPINGOGRAPHIE.

2°. LA NUMERATION FORMULE SANGUINE montre le plus souvent une anémie normocytaire,hypochrome,hyposidérémique,ainsi qu'une hyperleucocytose neutrophile variable.

EXPLORATIONS INSTRUMENTALES.

1°. COELIOSCOPIE.

C'est l'examen fondamental en cas de suspicion de grossesse ectopique tubaire.Elle permet un diagnostic précoce ou évite une laparotomie blanche.Cependant il ne faut pas perdre de vue que l'interprétation peut être faussement négative dans les premiers jours d'un retard de règles.

Technique.-
Il s'agit d'une laparoscopie,premier temps d'une laparotomie si le diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire est confirmé;pratiquée sous anesthésie générale et intubation,malade sondée,en position gynécologique sur table en salle d'opération,avec les précautions d'asepsie habituelles.
Elle est précédée d'un temps d'examen clinique (TV).

- Premier temps:après désinfection soigneuse de la paroi(alcool iodé ou cétavlon alcoolique),on crée un pneumopéritoine par insufflation de gaz carbonique (CO_2),selon la technique de PALMER,à

l'aide d'un trocart introduit à deux travers de doigt au-dessous de la partie moyenne du rebord costal gauche,en l'absence bien entendu d'une splénomégalie.On insuffle 3 à 5 litres,voire plus, en vérifiant le caractère progressif et symétrique de la distension abdominale.

- Deuxième temps : la tension pariétale étant suffisante,on pratique au bistouri une boutonnière cutanée d'environ un centimètre, au niveau de la lèvre inférieure de l'ombilic.
Avec une aiguille montée sur une seringue remplie de sérum physiologique,on vérifie la liberté du péritoine (échappement de bulles).
On introduit ensuite le trocart muni de son mandrin par l'ouverture cutanée en direction du pelvis.
On retire le mandrin et l'on place l'optique munie d'une lumière froide.
La grossesse tubaire est parfois masquée par les anses grêles ou par une rétroversion utérine.La vision peut être améliorée par mise en position de TRENDELENBOURG.

Un palpateur sus-pubien(palpateur universel de MINTZ),introduit par une courte incision cutanée à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse aide à mieux exposer les trompes,à en explorer chaque segment en réclinant l'utérus en avant,en refoulant une anse grêle.

Un aide peut également mobiliser l'utérus par une pince de PO ZI placée sur la lèvre antérieure du col.

Les accidents possibles sont rares et presque toujours évitables avec un minimum de précautions techniques.

1.- Lors de la création du pneumopéritoine,risque de perforation d'une anse grêle adhérente à la paroi;

. injection dans le tissu sous péritonéal,douloureuse,avec ballonnement asymétrique.
. embolie gazeuse par piqure vasculaire.

2. Blessure d'une anse intestinale par le trocart du coelioscope.

3. Blessure d'une artère pariétale.

Contre-indications à la coelioscopie.
.Intervention pour péritonite.

. Laparotomie surtout itérative.

RESULTATS

La COELIOSCOPIE affirmera le plus souvent le diagnostic:

- La grossesse tubaire jeune apparaît comme une soufflure localisée sur le trajet de la trompe,soufflure violacée.
- A un stade plus avancé, la trompe apparaît comme une grosse aubergine violacée.
- ailleurs,des caillots noirs enrobent l'annexe (rupture tubaire).
- rarement un avortement tubo-abdominal (en affleurant l'orifice externe,on fait sourdre un caillot noirâtre par le pavillon de la trompe).
-asymétrie du fond utérin et augmentation de la distance séparant les implantations du ligament rond et de la trompe pouvant traduire l'existence d'une grossesse interstitielle.
- En cas d'hématocèle rétro-utérine,l'apparition dans le pelvis d'anses grêles collées entre elles,et dans le cul-de-sac de Douglas de sang noir et de quelques caillots.
- enfin un hémopéritoine.

Lorsque la coelioscopie est pratiquée pour une G.E.U. jeune,l'aspect endoscopique n'est pas toujours éloquent;la comparaison de la trompe suspecte avec la trompe contro-latérale,la compression douce à l'aide du palpateur en suivant la trompe de l'isthme au pavillon seront utiles au diagnostic.

Trois signes sont évocateurs dans ces cas difficiles:

- La perception à l'aide du palpateur d'une sensation de ressaut au niveau d'une petite dilatation tubaire.
- L'apparition d'une teinte bleuâtre lors d'une légère pression au niveau de la trompe.
- L'issue de quelques gouttes de sang par le pavillon de la trompe lors de l'expression prudente provoquée par le palpateur.

Il faut préciser les limites de la coelioscopie.La généralisation de cet examen le fait parfois pratiquer dans les tous premiers jours suivant un retard de règles,alors que l'expression macroscopique reste très discrète à ce stade;cette promptitude ouvre la porte à une fausse négativité de l'examen,donc à une fausse sécurité rassurante mais dangereuse.

Aussi ne faut-il pas trop demander à la coelioscopie et lorsque l'anamnèse évoque une G.E.U. extrêmement jeune,adopter l'attitude sage,c'est-à-dire différer de quelques jours la coelioscopie.

2°.- INTERET DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DE L'HYSTEROSALPINGOGRAPHIE.

MUSSET reprit en 1957 les indications et la technique de l'hystérosalpingographie,examen d'une totale innocuité moyennant quelques précautions élémentaires,toujours réalisé en milieu chirurgical en utilisant un mélange diodone-polyvidone.

Deux contre-indications sont formelles:

- La grossesse intra-utérine évolutive,éliminée par la R.I.G.
- L'infection génitale.

L'HYSTEROSALPINGOGRAPHIE revêt un double intérêt diagnostique et pronostique.

- Diagnostique, elle objective en cas de G.E.U. ampullaire (2/3 des grossesses tubaires) l'aspect très évocateur d'une image lacunaire semi-circulaire ou ovalaire aux contours très finement cerclés. Les images de grossesse infundibulaire sont moins évidentes réalisant une image lacunaire de l'ampoule distale.

L'image pathognomonique de la grossesse interstitielle associe l'amputation de la corne utérine correspondante et l'injection régulière de la môle hématique.

- Pronostique: l'HYSTEROSALPINGOGRAPHIE objective l'état de la trompe contro-latérale (La G.E.U. survient souvent sur la meilleure des deux trompes).

Rappelons que l'H.S.G. n'est indiquée qu'en cas de R.I.G. négative (1/3 des grossesses extra-utérines jeunes), et que dans près de 25% des cas on n'obtient pas de renseignements interprétables. Beaucoup d'auteurs ne pratiquent pas d'H.S.G. en cas de G.E.U. jeune, la coelioscopie fournissant davantage de renseignements.

3°.- PONCTION DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS.

Ponction du cul-de-sac de Douglas à l'aiguille: la présence de sang conduit à la laparotomie. A condition de ne pas être employée chez les malades dont le cul-de-sac postérieur est douloureux et chez les malades dont l'utérus est fixé en rétroversion, la ponction du cul-de-sac de Douglas est un moyen simple et rapide d'arriver au diagnostic de grossesse tubaire; aisément pratiquée sans anesthésie, elle nécessite des mesures rigoureuses d'asepsie.

ECHOGRAPHIE ULTRA-SONORE.

Les applications de l'exploration ultra-sonore ne cessent de s'étendre en gynécologie-obstétrique; cet examen d'une totale innocuité n'a

aucune contre-indication,mais il ne doit pas retarder l'intervention.Il constitue rarement un argument positif en visualisant l'image de la G.E.U. Plus souvent,c'est un argument négatif:il montre l'existence d'une grossesse intra-utérine,lacune intra-utérine,arrondie,régulière,implantée au niveau du fundus,avec au centre une image brillante,l'écho embryonnaire.

L'association aménorrhée,R.I.G.positive,absence à l'échographie d'aspect évoquant une grossesse extra-utérine permet d'évoquer fortement la grossesse ectopique.

En fait,l'intérêt de cette méthode est limité par l'importance de l'infrastructure et la rareté des centres disposant de l'appareillage nécessaire.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR L'ANATOMOPATHOLOGIE.

L'examen histologique de toute pièce de salpingectomie doit être systématique.Il confirmera le diagnostic de grossesse ectopique tubaire: présence d'un oeuf ou de villosités choriales au sein de la trompe.

Les travaux de DE BRUX (1961) soulignent la nature et la fréquence des malformations congénitales des trompes observées sur les pièces de salpingectomie lors d'intervention pour G.E.U.

1. Anomalies de la trompe proximale : endométriose,myomatose,adénomyomatose.

2. Anomalies de la partie moyenne et distale : diverticules,pavillons accessoires,cloisonnements.

3. Plus accessoirement: coudures,brides,sténoses extrinsèques.

La bilatéralité de ces lésions peut expliquer la récidive controlatérale en cas de salpingectomie pour G.E.U.

De plus l'examen histologique de la pièce d'exérèse révèle parfois des lésions typiques de tuberculose tubaire, témoin d'une infection génitale spécifique.

Intérêt du curetage endométrial: ARIAS-STELLA puis DE BRUX ont décrit des modifications de l'endomètre qui seraient caractéristiques de l'interruption de grossesse, que celle-ci soit utérine ou extra-utérine. Ils ont observé que dans certaines zones, l'épithélium de revêtement des tubes glandulaires est très modifié: les cellules sont pluristratifiées, très volumineuses, vacuolaires et contiennent des noyaux hypertrophiés, parfois monstrueux avec de nombreuses mitoses. Pour DE BRUX, le chorion cytogène participe à cette hyperplasie et peut prendre un aspect polypoïde. Quelque soit l'intérêt de ces modifications de l'endomètre, leur constatation ne permet pas de trancher le diagnostic si souvent posé en clinique entre une grossesse ectopique et une petite infection utéro-annexielle post-abortum.

"L'intérêt de la découverte d'aspects histologiques évocateurs n'est pas de remplacer l'examen déterminant qu'est la coelioscopie, mais de le provoquer dans le cas de métrorragies qui ne font pas leur preuve..." (J.BRET)

II.- LES ACCIDENTS HEMORRAGIQUES DE LA G.E.U.

A.- RUPTURE AVEC INONDATION CATACLYSMIQUE.

Il s'agit d'un hémopéritoine libre par rupture de grossesse extra-utérine, fissuration ou avortement tubo-abdominal.

L'aspect clinique initialement discret peut s'aggraver subitement.

Il ne faut pas oublier que la rupture de grossesse extra-utérine tubaire est encore mortelle de nos jours.

La symptomatologie associe un syndrome douloureux abdominal(douleur hypogastrique ou iliaque violente d'apparition brutale), avec perte de connaissance ou lipothymies, à des signes d'hémorragie interne:

- .pâleur cutanéo-muqueuse, refroidissement des extrémités;
- .pouls petit, filant; pression artérielle basse et pincée;
- .température basse.

L'anamnèse précise l'existence de métrorragies ou une irrégularité menstruelle récente.

A l'examen, l'abdomen est souple, souvent ballonné, jamais contracturé; on note parfois une légère défense ou sensibilité de l'hypogastre; une matité des flancs.

Au toucher vaginal, le col est un peu mou, le corps un peu augmenté de volume.La douleur à la mobilisation utérine est un bon signe. L'extrême sensibilité du cul-de-sac de Douglas est un signe important (ou cri du Douglas); l'association de ce signe à l'absence de contracture vraie des muscles de la paroi abdominale est caractéristique d'un épanchement sanguin intra-péritonéal.

PROUST a très bien décrit la sensibilité du Douglas:

"Lorsqu'on examine une femme atteinte d'inondation péritonéale, il est impossible de percevoir au toucher bimanuel le sang liquide répandu dans le Douglas. Mais si, à ce moment, on fait la palpation profonde de ce cul-de-sac, on détermine une de ces douleurs dont on a l'habitude de dire qu'elles sont exquises, douleur tellement percante que, chez les malades en demi-syncope, on leur arrache encore une plainte. Cette douleur profonde, jointe à la parfaite dépressibilité du Douglas, constitue ce que j'appelle le signe du Douglas.

" L'association d'un signe du Douglas positif avec la constatation négative de la contracture des muscles abdominaux m'a toujours parue caractéristique d'un épanchement sanguin intra-péritonéal lié à la rupture ou l'avortement d'une grossesse tubaire" (PROUST).

L'intervention chirurgicale d'urgence s'impose après réanimation (sang iso-groupe rhésus, solutés macro-moléculaires).

FORMES CLINIQUES.

FORMES ATTENUEES.

Le tableau peut être moins typique. MONDOR écrit:
" Il faut savoir que la rupture, l'avortement avec hémorragie, inondation intra-péritonéale ne comportent pas obligatoirement le grand drame cataclysmique. Il ne faut pas plus exiger le tableau le plus dramatique qu'il ne fallait, au début, attendre les signes purs et de grossesse et d'ectopie."
Il faut attacher de l'importance à :

- la pâleur cutanéo-muqueuse,
- à l'accélération du pouls,
- à une élévation thermique aux environs de 39°C.

L'interrogatoire recherchera l'existence de métrorragies ou une irrégularité menstruelle, la notion de malaise lipothymique, de douleurs pelviennes; la notion d'un facteur étiologique éventuel:

- G.E.U. antérieure,
- Stérilité (salpingoplastie),
- Avortement à répétition,
- Episodes infectieux génitaux (infection banale ou spécifique: tuberculose),
- Contraception par stérilet (D.I.U.)

Au toucher vaginal on percevra quelquefois dans un cul-de-sac douloureux une petite masse latéro-utérine; surtout la mobilisation utérine est douloureuse et le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

" Le signe de la douleur exquise du Douglas est presque aussi formel dans son commandement que la contracture de la paroi l'est dans le sien." (MONDOR)

La coloration bleu-noir de l'ombilic (signe de CULLEN)se rencontre chez la femme maigre à paroi abdominale très mince; c'est un"tout petit signe" rarement observé (une seule fois au cours de nos observations.)

Ainsi toute malade en période d'activité génitale qui présente une douleur abdominale violente suivie de syncope ou d'un état de choc doit être suspectée jusqu'à preuve du contraire de grossesse tubaire.

Les erreurs avec torsion d'annexes, rupture de kyste ovarien, folliculinique, d'une varice de fibrome ou un hémopéritoine d'origine extra-génitale sont sans gravité, car l'indication opératoire est formelle et l'intervention redressera le diagnostic.

FORMES TROMPEUSES.

Il faut avoir à l'esprit que ces formes hémorragiques peuvent emprunter la symptomatologie la plus diverse :

1. Forme pseudo-appendiculaire.

2. Forme pseudo-péritonéale.

3. Forme pseudo-occlusive.

4. Forme pseudo-abortive.

5. Forme pseudo-salpingienne.

Or si les deux premières conduisent à l'intervention, les autres risquent de conduire à une expectative fâcheuse.

B.- HEMATOCELES.

Lors de la fissuration ou rupture d'un hématosalpinx, d'un avortement tubo-abdominal, le sang collecté au point déclive, c'est-à-dire dans le cul-de-sac de Douglas constitue une hématocèle rétro-utérine.

L'épiploon, le colon iliaque et les anses grêles vont constituer des adhérences. L'hématocèle s'organise; il se crée ainsi une péritonite plastique, c'est la classique hématocèle rétro-utérine enkystée de NELATON.

Si l'utérus est rétroversé, le sang comble le cul-de-sac vésico-utérin formant une hématocèle anté-utérine; ailleurs se localisant à la région latéro-pelvienne, il réalise l'hématocèle péri-tubaire ou latéro-utérine.

1. HEMATOCELE RETRO-UTERINE.

L'hématocèle est une hémorragie péritonéale circonscrite en voie d'organisation. Elle se traduit par :

- des douleurs pelviennes à type de pesanteur,
- des signes de compression pelvienne (dysurie, pollakiurie, ténesme rectal).
- des signes généraux traduisant la résorption sanguine (subictère, anémie, fébricule).

L'interrogatoire note un retard de règles ou une irrégularité menstruelle, la notion dand les semaines précédentes d'une douleur hypogastrique brutale, lipothymie avec métrorragies suivies d'une accalmie mais avec pertes persistantes.

Le palper abdominal retrouve parfois un empâtement de l'hypogastre ou des fosses iliaques, ou un météorisme avec légère défense.

Au toucher vaginal, le col est haut situé, plaqué derrière la symphyse pubienne, refoulé en avant par une masse postérieure de consistance molle, douloureuse, débordant l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas gagnant les cul-de-sacs latéraux.
Au toucher rectal, on perçoit une masse bombant dans la face antérieure du rectum.
La consistance de l'hématocèle se modifie avec son ancienneté: liquidienne au début, elle devient pâteuse, cartonnée et s'indure au bout de plusieurs semaines, jusqu'à prendre une consistance ligneuse dans le syndrome d'hématocèle enkystée rétro-utérine.

Le diagnostic suspecté sur l'anamnèse et l'examen clinique est confirmé par la ponction du Douglas ramenant du sang hémolysé, incoagulable, rouge ou noir et la coelioscopie devant un tableau atypique ou une ponction négative: les anses grêles sont agglutinées, il existe du sang noir et des caillots.

L'intervention s'impose pour éviter l'organisation, l'hémorragie secondaire, et l'infection qui conduisent aux fistules (rectum, vessie, anse intestinale). Les difficultés techniques sont le plus souvent en rapport avec l'ancienneté de l'hématocèle.

Le tableau d'hématocèle suppurée associe douleurs abdominales, signes urinaires et rectaux progressifs, baisse de l'état général avec température oscillante et au toucher vaginal une masse molle et douloureuse.

2.HEMATOCELE ANTE-UTERINE.

Les signes urinaires à type de dysurie, pollakiurie sont au premier plan.
Au toucher vaginal, on perçoit une masse bombant dans le vagin se prolongeant par l'utérus, sensible lors de la mobilisation utérine. Le cul-de-sac de Douglas est libre; il n'y a pas de masse latéro-utérine.

3. HEMATOCELE PERI-TUBAIRE OU LATERO-UTERINE.

On perçoit au toucher vaginal une masse latéro-utérine sensible, ou un empâtement.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES GROSSESSES TUBAIRES.

I.-GROSSESSE TUBAIRE AVANT LES COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES.

En présence de signes de grossesse: aménorrhée, utérus augmenté de volume, plateau thermique supérieur à 37°C, R.I.G.positive:

- Nous avons la forme pseudo-abortive, où les métrorragies et les douleurs font croire à la menace d'interruption d'une grossesse intra-utérine, et MONDOR nous le rappelle:

" Toute femme présentant le tableau clinique d'un avortement probable imminent ou incomplet doit être examinée avec l'idée qu'il peut s'agir d'une grossesse extra-utérine, surtout si les douleurs ont un siège latéral et non médian."

- La masse latéro-utérine doit être distinguée d'une grossesse angulaire avec signe de HEGAR supérieur (au lieu de percevoir le ramollissement isthmique, on trouve à la base de la corne gravide une bande de ramollissement permettant une mobilité de la corne sur l'utérus. La tuméfaction devrait paraître antérieure et latérale en cas de grossesse angulaire, postérieure et latérale en cas de grossesse tubaire. Le ligament rond devrait être trouvé en dehors en cas de grossesse angulaire, en dedans de la tuméfaction en cas de grossesse tubaire." (MONDOR)

- Diagnostic avec un fibrome mou latéral de la corne utérine; avec une grossesse développée dans un utérus porteur d'une malformation congénitale.

- Un kyste de l'ovaire fonctionnel ou non, associé à une grossesse intra-utérine est un diagnostic classique.

En cas de R.I.G. négative (30% des cas), la grossesse ectopique peut être confondue avec des métrorragies fonctionnelles, un kyste de l'ovaire, une forme atténuée de salpingite.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine (G.E.U.) doit être évoqué chez toute femme en période d'avtivité génitale qui, après un retard de règles ou non, présente l'un quelconque de ces signes: métrorragies, douleurs pelviennes, masse latéro-utérine douloureuse au toucher vaginal.

II.-GROSSESSE EXTRA-UTERINE COMPLIQUEE D'ACCIDENTS HEMORRAGIQUES.

A.- Il faut affirmer l'existence d'un hémopéritoine qui conduit à l'intervention d'urgence confirmant son origine gravidique.

1. INONDATION PERITONEALE.

C'est dans les formes atténuées où l'hémorragie intra-péritonéale est progressivement diffusante que le diagnostic peut être égaré.

- Forme pseudo-péritonéale: l'abdomen est douloureux avec défense.

- Forme pseudo-appendiculaire.

- Forme pseudo-occlusive: douleurs abdominales avec nausées, vomissements, arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz, météorisme abdominal.

- Forme pseudo-abortive.

- Forme pseudo-salpingienne associant fièvre, douleurs pelviennes, mais certains caractères sont atypiques pour une salpingite: l'unilatéralité, l'anémie, les pertes sanglantes, la persistance des douleurs malgré le repos, la glace sur leventre et l'antibiothérapie.

2.- HEMORRAGIE CIRCONSCRITE.

Le tableau clinique peut être trompeur au début:

- Forme pseudo-salpingienne;

- Forme pseudo-occlusive (iléus paralytique avec parfois des niveaux liquides sur les clichés d'abdomen sans préparation).

- Forme pseudo-péritonéale où le diagnostic de pelvipéritonite conduit à une expectative fâcheuse. La coelioscopie est là d'un grand secours.

De même, la discussion d'affections médicales: coliques néphrétiques, hépatiques, crises solaires est dangereuse retardant l'intervention.

Au stade d'hématocèle constituée, c'est le diagnostic d'une masse pelvienne ou abdomino-pelvienne:

- nécrobiose d'un fibrome,
- rétroversion utérine fixée douloureuse,
- kyste de l'ovaire ou tumeur annexielle inflammatoire (hydro-salpinx ou pyo-salpinx),
- abcès pelvien secondaire à une pelvi-péritonite.

B.- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DE L'HEMOPERITOINE.

On fera rarement le diagnostic pré-opératoire d'une tumeur ovarienne ou utérine; rupture d'une veine superficielle d'un fibrome, déchirure d'un myome pédiculé ou perforation de la paroi utérine.

Dans la plupart des cas le diagnostic est opératoire:

- Il s'agit d'une grossesse tubaire (G.E.U.);

- Il s'agit d'une hémorragie non gravidique secondaire à une lésion de la trompe, de l'ovaire ou de l'utérus.

- Hémorragie tubaire:

. secondaire à une torsion d'annexes,
. endométriose tubaire (adénomyomatose ou endosalpingiose);
. exceptionnellement pachysalpingite hémorragique ou carcinome tubaire;

ou primitive: reflux de sang menstruel.

- Hémorragie ovarienne secondaire à une tumeur bénigne ou maligne; endométriose ovarienne, ou primitive: apoplexie ovarienne.

- Hémorragie utérine: rupture d'une veine superficielle d'un fibrome.

PRONOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE.

1. Pronostic immédiat.

Les accidents hémorragiques de la grossesse extra-utérine mettent en jeu le pronostic vital si la réanimation et l'intervention ne sont pas pratiquées d'urgence. La mortalité autrefois considérable est actuellement pour les accidents hémorragiques de moins d'un pour cent.

2. Pronostic d'avenir.

L'avenir obstétrical des femmes opérées pour grossesse extra-utérine tubaire est gravement compromis du fait d'une stérilité secondaire de 65 à 75%.

Deux facteurs interviennent: la fécondité antérieure et l'état des annexes contro-latérales. Le retentissement obstétrical de la G.E.U. est donc considérable.

Le taux est beaucoup plus élevé chez les nullipares surtout si elles sont âgées et stériles depuis plusieurs années.
On oppose la "G.E.U. maladie"de la nullipare à la " G.E.U. accident" de la multipare.

Récidive: le risque de récidive est diversement apprécié par les auteurs; mais on peut estimer à 10% des cas la fréquence de récidive.

On a estimé la fréquence des récidives in situ à 9%, soit un taux à peu près identique à celui des récidives qu'on observe sur la trompe contro-latérale après salpingectomie.

Le risque pour les opérations de résection suivie de plastie est apprécié à 7% contre 10,5% pour les interventions laissant in situ la zone d'implantation (expression, salpingotomie).

TRAITEMENT.

Toute grossesse extra-utérine compliquée d'accidents hémorragiques ou non doit être opérée d'urgence.Ces aphorismes ne sont pas nouveaux:
"Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale" (PINARD)

"Toute grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle" (MONDOR)

Les principes du traitement reposent sur la réanimation et l'hémostase lors de l'intervention chirurgicale.

Interventions conservatrices:

Indication lors d'une grossesse tubaire jeune non compliquée.

Trois types d'interventions:

- expression du contenu tubaire,
- salpingotomie linéaire (césarienne tubaire),
- résection partielle de la trompe suivie de réimplantation intra-utérine; rarement résection segmentaire avec anastomose termino-terminale.

Intervention radicale.

Salpingectomie avec résection cunéiforme de la portion interstitielle

pour prévenir une endosalpingiose, et conservation ovarienne.

La pièce d'exérèse sera envoyée à l'anatomo-pathologiste pour examen histologique systématique qui confirmera le diagnostic.

Il faut souligner l'importance du temps d'exploration des annexes contro-latérales lors de l'intervention.

Pour certains auteurs, les indications de la chirurgie conservatrice doivent être réservées aux cas des femmes stériles déjà salpingectomisées.

GROSSESSES EXTRA-UTERINES SUR STERILETS (D.I.U.)

La fréquence des grossesses ectopiques par rapport aux grossesses intra-utérines chez les patientes porteuses d'un stérilet (D.I.U.) est de 5%, ce qui est nettement supérieur au rapport chez les femmes non porteuses d'un D.I.U.

Ceci pourrait faire croire à tort que les D.I.U. augmentent le risque de grossesse ectopique. Il n'en est rien, ce qui est prouvé par l'analyse statistique faite par LEHFELDT. Le nombre théorique d'oeufs fertilisables pour 45000 femmes-année en cas de port d'un D.I.U. est de 180 000, et le nombre théorique des grossesses ectopiques dans ce cas est de 900 dont 895 grossesses tubaires et 5 grossesses ovariennes.
En réalité on observe pour 1000 grossesses intra-utérines accidentelles sur D.I.U. : 40 grossesses tubaires et 5 grossesses ovariennes.

Le D.I.U. diminue donc l'implantation intra-utérine de 99,5%; l'implantation tubaire de 95% et l'implantation ovarienne de 0%.

Les D.I.U. n'augmentent donc pas la fréquence des grossesses extra-utérines, mais en diminuant la fréquence des grossesses intra-utérines, le rapport relatif des grossesses extra-utérines par rapport aux grossesses intra-utérines augmente.

GROSSESSE OVARIENNE.

La localisation ovarienne est la moins fréquente des grossesses ectopiques. Il est difficile d'en chiffrer la fréquence avec précision; les chiffres cités par HERTIG sont généralement acceptés: 1/25000 à 1/40000 accouchements et 0,7 à 1,7% des grossesses ectopiques.

Critères de diagnostic.

Définis par SPIEGELBERG en 1878.

1. Intégrité de la trompe et du pavillon;

2. Le sac ovulaire doit occuper la place anatomique habituelle de l'ovaire.

3. L'ovaire et le sac ovulaire doivent être reliés à l'utérus par le ligament utéro-ovarien.

4. Il doit y avoir un tissu ovarien dans la paroi du sac ovulaire.

L'examen histologique permet un diagnostic de certitude.

Circonstances de diagnostic clinique.

1. Douleur abdominale.
2. Masse pelvienne anormale.
3. Retard de règles ou aménorrhée.

4. Métrorragies.
5. Signes d'hémorragie intra-abdominale.

Il est impossible de distinguer cliniquement une grossesse ovarienne d'une grossesse tubaire.

Evolution clinique.

75% des grossesses ovariennes se terminent avant la fin du premier trimestre de la grossesse; 12,5% au cours du second trimestre; 12,5% parviennent au troisième trimestre.

L'évolution classique d'une grossesse ovarienne est la rupture spontanée au bout de quelques semaines.

Hypothèses physiopathologiques.

1. Ovule non expulsé de l'ovaire fécondé in situ: fécondation intra-folliculaire ou extra-folliculaire.
2. Un ovule expulsé de l'ovaire est fécondé en dehors de l'ovaire et se réimplante au niveau de l'ovaire, à la surface ou bien à l'intérieur du follicule d'où provient l'ovaire ou au sein du stroma ovarien. Dans ces cas, il est impossible de distinguer une grossesse ovarienne primitive d'une grossesse ovarienne secondaire.

CLASSIFICATION DE BADEN ET HEINS (1952).

1. GROSSESSE OVARIENNE PRIMAIRE.

Le tissu ovarien forme une coque complète et intacte autour de l'oeuf.

En cas de rupture de cette grossesse ectopique, du tissu ovarien se trouvera entre les tissus foetaux et les tissus avoisinants.

A.- INTRA-FOLLICULAIRE.

L'oeuf a été fécondé et s'est implanté dans le follicule de DE GRAAF. Le diagnostic de cette forme de grossesse ectopique n'est possible que pour des stades très précoces de son développement.

B.- EXTRA-FOLLICULAIRE.

L'oeuf a été fécondé et s'est implanté en dehors du follicule de DE GRAAF. Elles sont du type:

- juxta-folliculaire,
- interstitiel,
- cortical,
- superficiel.

2. GROSSESSE COMBINEE.

Le tissu ovarien ne forme pas une coque continue autour du sac ovulaire. Du tissu d'organes voisins peut être adhérent et compléter la paroi du sac ovulaire, ou être adhérent au tissu foetal.

Aspects anatomo-pathologiques.

L'examen histologique d'une pièce opératoire en cas de grossesse ovarienne peut montrer les lésions suivantes:

- Villosités chorioniques en dehors des limites de la tunique albuginée de l'ovaire,

- Albuginée plus ou moins épaissie,

- Périoophorite,

- Signes inflammatoires plus ou moins à distance du sac ovulaire,

- Décidualisation au niveau de la nidation,

- Structures foetales fraîches ou en histolyse,

- Structures ovariennes reconnaissables au niveau de la paroi du sac ovulaire,

- Hématome plus ou moins frais,

- Structure d'un corps jaune.

TRAITEMENT.

Tous les auteurs sont d'accord pour préconiser un traitement chirurgical conservateur. En cas de grossesse ovarienne jeune rompue ou non une résection partielle ou cunéiforme de l'ovaire devrait suffire.

OBSERVATION N° I

Madame COL...,28 ans,est hospitalisée le 26-11-71 pour collapsus d'apparition brutale avec hémorragies utérines chez une femme qui avait été suspectée de fausse couche d'un mois,et pour laquelle un curetage aspiration avait été pratiqué par un confrère avec le diagnostic de grossesse angulaire au début du mois de Novembre.

Dans la matinée du 26-11-71:
- Douleur pelvienne d'apparition brutale,avec perte de connaissance;
- Pression artérielle à 8/5;
-Douleur au Douglas.

N.F.S.: 3M600 G.R.;10,6 g Hb%, Hématocrite à 34%, 14600 G.B. dont 58% P.N.

On intervient en urgence avec le diagnostic de rupture de G.E.U.

LAPAROTOMIE: important hémopéritoine d'environ 2 litres.L'exploration du petit bassin montre que la trompe gauche est rompue au niveau de l'ampoule.Les ovaires et l'utérus sont normaux.
On pratique une salpingectomie gauche.

L'examen histologique de la pièce d'exérèse confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire.

OBSERVATION N°2

Madame MAR...,32 ans,est hospitalisée le 12-12-71 pour syndrome douloureux abdominal aigu avec état de choc.

A l'examen: - Pression artérielle à 9/5;
- Pouls filant,pâleur,refroidissement des extrémités.
Abdomen:on note une coloration bleu-noir de l'ombilic (signe de CULLEN)
-TV:col long déhiscent,
mobilisation utérine douloureuse,
cri du Douglas.

N.F.S.: 3M300 G.R.;10 g Hb%;Ht=23% ; 14300 G.B. dont 91% P.N.

LAPAROTOMIE en urgence:
Important hémopéritoine fait essentiellement de caillots ramassés dans le cul-de-sac de Douglas où l'oeuf est tombé.
L'exploration montre qu'il s'agit d'une grossesse tubaire gauche.
On pratique une salpingectomie gauche.

ANATOMOPATHOLOGIE: présence de villosités choriales au niveau de la pièce d'exérèse.

OBSERVATION N°3

Madame GAU...,27 ans,est hospitalisée le 27-3-72 pour syndrome douloureux abdominal aigu avec état de choc.

Antécédents: - pas d'enfant;
- appendicectomie;
- péritonite tuberculeuse en 1965.

L'interrogatoire retrouve une irrégularité menstruelle depuis le mois de Janvier 1972.
Il y a une semaine,métrorragies de sang rouge peu abondantes.
Le 27-3-72 au soir,douleur syncopale de l'hypogastre.

Examen à l'entrée: pression artérielle imprenable,pouls petit et filant, pâleur,refroidissement des extrémités(collapsus cardio-vasculaire).
Réanimation:sang iso-groupe et rhésus;pression artérielle à 6,puis 11 de maxima.
L'abdomen est souple,mais sensible à la palpation;
TV: - col long,fermé,
- douleur au Douglas;
N.F.S.: 3M400 G.R.;Ht=32%; 12000 G.B.

LAPAROTOMIE en urgence: sang sous pression dès l'ouverture : hémopéritoine de 2 litres environ.
L'oeuf est accouché par la trompe gauche.Section des adhérences au pavillon de la trompe.Exploration et traitement conservateur des annexes gauches avec excision d'un kyste.

OBSERVATION N°4

Madame VOI...,29 ans,est hospitalisée le 26-4-72 pour métrorragies avec douleurs pelviennes et lipothymies.
Depuis la veille (25-4-72):métrorragies noirâtres peu abondantes et algies pelviennes.

Contraception par stérilet depuis Mai 1971.

Examen à l'entrée:
- Pression artérielle à 12/7,pouls à 72,pâleur.
- Speculum:stérilet en place;
- TV: col long déhiscent,
  corps un peu augmenté de volume,
  mobilisation utérine douloureuse,
  douleur au Douglas;
  sang au doigtier.

Hématocrite=36%

LAPAROTOMIE: - à droite trompe et ovaire sont sains;
- à gauche,il existe une masse tubaire siégeant au niveau du tiers externe de la trompe qui est une grossesse extra-utérine. L'ovaire gauche est sain.On pratique une salpingectomie gauche.

L'examen histologique pratiqué confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire.

OBSERVATION N°5

Madame LEM...,19 ans,est hospitalisée le 6-5-72 pour collapsus d'apparition brutale,syndrome d'hémorragie interne chez une femme jeune évoquant une inondation péritonéale par rupture de G.E.U.

Douleurs abdomino-pelviennes intenses dans la nuit du 5 au 6-5-72.

A l'examen:

- Pression artérielle basse et pincée à 8/6;pâleur extrême,pouls filant, refroidissement des extrémités;
- Douleur au Douglas;

N.F.S.: 2M600 G.R., Ht=24%, 27000 G.B. dont 94% P.N.

LAPAROTOMIE en urgence sous réanimation:

Il s'agit d'une rupture de grossesse tubaire gauche au niveau de la portion isthmique de la trompe.Résection cunéiforme et réimplantation tubo-utérine. Résection d'un kyste de l'ovaire gauche.

OBSERVATION N° 6

Madame VIG...,38 ans,est hospitalisée le 21-1-73 pour syncopes à répétition et syndrome douloureux abdominal.

Antécédents gynéco-obstétricaux:

- cinq grossesses normales,
- deux fausses couches.
- D.R.N.: 1-1-73; pas de modification des règles,ni métrorragies.

Dans la matinée du 21-1-73 a présenté de violentes douleurs abdomino-pelviennes avec irradiation scapulaire et tendance syncopale.
Pression artérielle en ville à 8 de maxima.

Examen à l'entrée: - pression artérielle pincée à 14/10,pouls filant à 120 par minute.

-TV: . C.D.S. gauche douloureux,
. vive douleur au cul-de-sac de Douglas;

N.F.S.: 3M900 G.R.;11,4 g Hb%, Ht=35%; 19500 G.B. dont 94% P.N.

LAPAROTOMIE en urgence: hémopéritoine d'environ 1500 cc.Il existe une grossesse extra-utérine rompue au niveau du tiers interne de la trompe gauche.On pratique une salpingectomie gauche.
La trompe droite est le siège d'un état inflammatoire;on pratique une ligature de celle-ci pour éviter une récidive.

ANATOMOPATHOLOGIE: présence de villosités choriales.

OBSERVATION N° 7

Madame REN...,38 ans,est hospitalisée le 2-3-73 pour métrorragies foncées et douleurs pelviennes depuis trois semaines,avec un retard de règles d'un mois.

Antécédents.

- Huit grossesses normales à terme.
- Rechute de tuberculose pulmonaire.
- D.R.N.:7-1-73 (cycles réguliers de 30 jours).

A l'examen: - pression artérielle à 13/9;

- Speculum: col violacé avec ectropion péri-orificiel et de la lèvre antérieure.

-TV: . col long,fermé,

. utérus un peu augmenté de volume et mou;

. C.D.S. droit souple et indolore;C.D.S. gauche sensible sans masse perceptible.

. Douleur au Douglas;pas de sang au doigtier.

N.F.S.: 4M500 G.R.;12,3 g Hb%, Ht=44%; 6400 G.B. dont 80% P.N.

R.I.G. négative.

COELIOSCOPIE: présence de sang dans le petit bassin.

LAPAROTOMIE: il s'agit d'une rupture de G.E.U. tubaire gauche au niveau de l'ampoule.On pratique une salpingectomie gauche;ligature de la trompe restante en raison des antécédents gynéco-obstétricaux.

Pas de lésions tuberculeuses à l'examen anatomopathologique de la trompe gauche.

OBSERVATION N° 8

Madame PAR...,28 ans,est hospitalisée le 13-3-73 pour douleurs hypogastriques et métrorragies depuis cinq jours avec lipothymies.

Antécédents: - appendicectomie,
- péritonite tuberculeuse à 14 ans,

D.R.N.: début Décembre 1972,mais signale une irrégularité menstruelle depuis six mois.
La veille de l'hospitalisation:douleur pelvienne syncopale.

A l'examen: - pression artérielle à 10/7,pouls à 100;
- abdomen souple,
- Speculum:sang rouge par le col;
- TV: .col long,fermé;
. C.D.S. empâté et douloureux à droite;
. Douglas sensible.

N.F.S.: 3M500 G.R.;10,7 g Hb%,Ht=32%; 6600 G.B. dont 75% P.N.
R.I.G. positive.

COELIOSCOPIE: utérus baignant dans du sang noir.
LAPAROTOMIE: l'utérus baigne dans du sang noir.La trompe et l'ovaire gauche sont normaux.L'ovaire droit est normal;mais il existe au niveau de l'ampoule droite un aspect violacé;il s'agit d'une grossesse ampullaire.On pratique une salpingectomie droite.

L'examen histologique confirme le diagnostic de grossesse tubaire; pas de lésion tuberculeuse.

OBSERVATION N° 9

Madame EVA...,21 ans,est hospitalisée le 5-12-73 pour métrorragies et douleurs pelviennes.

Antécédents gynécologiques.

- Fausse couche provoquée en Juin 1971 de trois mois,non curetée.
- Arrêt de la "pilule" en septembre 1973.

Fin Septembre,présente des métrorragies.La consultation est motivée par l'apparition de douleurs pelviennes.

A l'examen: - pression artérielle à 15/9,pouls à 80;
- Speculum:sang par le col;
- TV: . on perçoit dans le cul-de-sac gauche une masse latéro-utérine très douloureuse.
. Le Douglas est sensible.

N.F.S.: 3M660 G.R.;11,9 g Hb%,Ht=35%; 9800 G.B. dont 76% P.N.

On pratique une COELIOSCOPIE d'urgence pour suspicion de G.E.U.:
- sang dans le cul-de-sac de Douglas;
- La trompe gauche est dilatée et bleutée (Hématosalpinx).

LAPAROTOMIE: il s'agit d'une grossesse tubaire gauche.On pratique une salpingectomie gauche avec conservation ovarienne.

ANATOMOPATHOLOGIE: confirmation du diagnostic de G.E.U.

OBSERVATION N° 10

Madame MAI...,34 ans,est hospitalisée le 8-12-73 pour métrorragies et douleurs pelviennes,avec un retard de règles de quinze jours.

Antécédents gynécologiques:

- 1972: fausse couche spontanée de deux mois,curetée.
- Coelioscopie blanche en Septembre 1974 pour retard de règles.
- D.R.: 23-10-73 (cycles de 28 jours réguliers).

Présente des métrorragies depuis le 1-12-73;apparition il y a quelques jours de douleurs abdominales diffuses.

A l'examen: - pression artérielle: 11,5/6,pouls à 82;

- TV: . utérus rétroversé de taille normale;
  . C.D.S. libres,mais douleur provoquée au niveau du cul-de-sac gauche;
  . Douleur à la mobilisation utérine;
  . Sang sur le doigtier.

N.F.S.: 4M G.R.;12,1 g Hb%,Ht=35%; 5100 G.B. dont 82% P.N.
R.I.G. positive; prolans= 1500 à 3000 UI.

9-12-73- COELIOSCOPIE: présence de sang dans le cul-de-sac de Douglas; la trompe gauche est le siège d'un hématosalpinx.

LAPAROTOMIE: il s'agit d'une grossesse tubaire gauche.On pratique une salpingectomie gauche.
L'examen histologique de la pièce montre la présence de villosités choriales.

OBSERVATION N° 11

Madame GOR...,40 ans,est hospitalisée d'urgence le 13-12-73.

Anamnèse d'après l'entourage:

- Aurait depuis trois mois environ de petites métrorragies noirâtres, "considérées comme banales",avec douleurs pelviennes intermittentes et syndrome douloureux de la F.I.D.
-Aurait ressenti à la mi-Novembre une douleur pelvienne intense avec lipothymies;consultation chez un médecin qui ne tire aucune conclusion.

Examen à l'entrée:

. Coma aréflexique;

. Pression artérielle imprenable,absence de pouls;bruits du coeur non perçus=collapsus cardio-vasculaire.

Réanimation immédiate: intubation trachéale et ventilation assistée(O2), massage cardiaque,H.S.H.C.,transfusion sanguine.

Transfert en salle d'opération: intervention avec le diagnostic de rupture cataclysmique de G.E.U. posé sur l'anamnèse,le collapsus,la présence de sang à la ponction du Douglas.

LAPAROTOMIE par médiane sous-ombilicale:
Hémopéritoine important d'environ 2 litres; après libération d'adhérences,on découvre la trompe droite éclatée;l'oeuf est dans le Douglas.
On pratique une salpingectomie droite.
A la fermeture de la paroi nouvel arrêt cardiaque irréversible.

L'examen histologique de la pièce d'exérèse montre la présence de villosités choriales.

OBSERVATION N° 12

Madame TOU...,22 ans,est hospitalisée le 16-12-73 pour violente douleur abdominale survenue dans la nuit avec lipothymies,après un retard de règles de trois semaines.

Antécédents obstétricaux.

Deux grossesses normales (1972 et 1973)

D.R.N.: 25-10-73.

A l'examen clinique:

- Etat de choc hémorragique;pression artérielle à 8/5,pouls petit,filant;
- TV: . utérus un peu augmenté de volume;
  . vive douleur au cul-de-sac de Douglas.

N.F.S.: 3M770 G.R.;11,2 g Hb%,Ht=34%; 14000 G.B. dont 97% P.N.

LAPAROTOMIE en urgence:

A l'ouverture,hémopéritoine d'environ 2 litres.

La trompe droite est rompue.On pratique une salpingectomie droite.

L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire.

Dans cette observation,la rupture est inaugurale de la G.E.U.Il n'a été noté ni douleurs pelviennes,ni métrorragies.

OBSERVATION N° 13

Madame BIA...,20 ans,est hospitalisée le 1-4-74 pour syndrome douloureux abdominal avec lipothymies.

Pas d'antécédents pathologiques notables en dehors d'une appendicectomie.
Prend la "pilule" depuis le 13-3-74,date de ses dernières règles.
Présente depuis plusieurs jours des douleurs abdominales avec paroxysmes et depuis ce matin des lipothymies.

A l'examen:
- pression artérielle à 10/5,pouls à 80;
- Douleur sus-pubienne prédominant à gauche,avec irradiations dorsales et scapulaires.
- Abdomen météorisé,
- Légère défense de la F.I.G.
- Nausées et vomissements;pas de selles depuis trois jours,mais gaz;

TV: . col long,fermé;
. utérus de taille normale,
. mobilisation utérine douloureuse;
. Douglas indolore;
. Pertes rosées sur le doigtier.

Examen le 2-4-74: défense abdominale;
TV: le cul-de-sac de Douglas est sensible;sang rouge sur le doigtier.

N.F.S.: 3M500 G.R.;9,1 g Hb%;Ht=27%; 10600 G.B. dont 76% P.N.

Une COELIOSCOPIE pratiquée en urgence confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire.

LAPAROTOMIE: il s'agit d'une grossesse extra-utérine gauche,située à la portion ampullaire du salpinx.
On retrouve l'oeuf dans le fond du Douglas et le placenta à l'intérieur du pavillon (avortement tubo-abdominal).
On pratique une salpingectomie gauche avec conservation de l'ovaire.

ANATOMOPATHOLOGIE: présence de villosités choriales au niveau de la pièce d'exérèse.

OBSERVATION N° 14

Madame GAG...,19 ans,est hospitalisée le 11-5-74 pour des douleurs pelviennes et métrorragies après un mois 1/3 de retard de règles.

Antécédents gynécologiques.

- Janvier 1974:fausse couche de deux mois non curetée.
- D.R.N.: 2-3-74 (cycles de 29 jours réguliers).

Douleurs pelviennes fin Mars; R.I.G. positive en ville;métrorragies au début du mois d'avril.

A l'examen clinique:

- pression artérielle à 12/8,pouls à 84;

TV: . col long,entr'ouvert;
. utérus un peu gros,mais pas en rapport;
. C.D.S. libres et souples;le droit est sensible.
. Petite masse indolore dans le cul-de-sac de Douglas.

N.F.S.: 4M500 G.R.;12,6 g Hb%,Ht=36%; 8000.G.B. dont 68% P.N.
Prolans inférieurs à 250 UI.

COELIOSCOPIE: - volumineuse trompe droite,siège d'une grossesse extra-utérine,
- kyste sur l'ovaire droit.

LAPAROTOMIE: il s'agit d'un hématosalpinx au niveau de la trompe droite. On pratique une salpingectomie droite et une kystectomie.

L'examen histologique confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire.

OBSERVATION N° 15

Madame HUA...,26 ans,est hospitalisée le 3-7-74 pour douleurs abdominales et métrorragies après trois semaines de retard de règles.

Antécédents obstétricaux.

- 1973:grossesse normale;
- D.R.N.:11-5-74.

Douleurs abdominales prédominant au niveau de la F.I.D. à partir du 20-6-74;métrorragies de sang rouge depuis le 26-6-74.
Rapports douloureux.

A l'examen: - pression artérielle à 14/8,pouls à 84.
- Speculum:sang rouge par le col;
- TV: . utérus de taille normale,dévié à gauche;
. L'ovaire droit est perçu de taille normale,
. Le cul-de-sac droit est empâté et douloureux avec la sensation d'une petite masse latéro-utérine.
. Le Douglas est douloureux.

N.F.S.: 4M280 G.R.;12,9 g Hb%,Ht=38%; 6300 G.B. dont 42% P.N.
Prolans= 250 à 750 UI.

COELIOSCOPIE: il s'agit d'une grossesse extra-utérine droite.L'oeuf bave de l'ampoule et recouvre l'ovaire droit ainsi que l'aileron postérieur du ligament large.
LAPAROTOMIE: G.E.U. droite (avortement tubo-abdominal);on pratique une salpingectomie droite.
ANATOMOPATHOLOGIE: présence de villosités choriales.

OBSERVATION N° 16

Madame LED...,29 ans,est hospitalisée le 23-7-74 pour métrorragies et douleurs pelviennes,avec un retard de règles d'un mois et demi.

Antécédents gynécologiques.

.1967:F.C.S. de trois mois curetée.

.1968:F.C.S. d'un mois curetée.

.1970: G.E.U. gauche opérée par césarienne tubaire.

A noter une appendicectomie récente la première semaine de Juillet.

D.R.N.: 8-5-74 (cycles réguliers de 28-29 jours).

Signes sympathiques de grossesse en Juin.Présente depuis plusieurs jours des métrorragies avec douleurs pelviennes.

A l'examen clinique:

- pression artérielle à 11/6,pouls à 80.
- Abdomen souple et indolore;
- Speculum: col sain;sang par le col;
- TV: . col entr'ouvert,
  . utérus gros en rapport,sensible;
  . C.D.S. libres et indolores;
  . Douglas libre et indolore.

Prolans entre 250 et 750 UI.

N.F.S.: 4M260 G.R.;11,6 g Hb%,Ht=35%; 9400 G.B. dont 68% P.N.

Un curetage est pratiqué le 27-7-74 ramenant des débris mal précisés.
Le lendemain,l'examen clinique note une vive douleur hypogastrique et au niveau de la F.I.G., avec une vive douleur au niveau des cul-de-sacs latéraux et du Douglas.
On décide une coelioscopie:
Dès l'entrée de l'optique,on constate la présence de sang noirâtre dans le Douglas.
Le salpinx gauche est le siège d'une tuméfaction de la taille d'une poire, couleur violet foncé.
Les annexes droites sont normales.

LAPAROTOMIE:l'ouverture péritonéale donne issue à un hémopéritoine de sang foncé.Il s'agit d'une G.E.U. tubaire au niveau de la portion ampullaire de la trompe gauche,prolabée dans le Douglas.On pratique une salpingectomie gauche.
L'examen anatomo-pathologique de la pièce confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire.

OBSERVATION N° 17

Madame GAL...,22 ans,est hospitalisée le 25-7-74 pour douleurs abdominales et métrorragies avec un mois de retard de règles.

Antécédents gynéco-obstétricaux.

.Deux grossesses normales à terme (1972 et 1973)

. D.R.N.:23-5-74

Depuis le 14-7-74 douleurs hypogastriques paroxystiques avec irradiations vers les deux épaules.

La malade accuse des lipothymies avec vertiges,soif,nausées.

Trois jours plus tard,métrorragies de sang rouge,puis foncé.

A l'examen: - pression artérielle à 10 de maxima,pouls à 120.

l'abdomen est souple;la palpation de l'hypogastre réveille une douleur.

TV: . col mou,

. C.D.S. gauche et Douglas douloureux;pas de masse percue.

N.F.S.: 2M700 G.R.;8,1 gHb%, Ht=25%; 11900 G.B. dont 89% P.N.

Prolans: 2500 à 5000 UI.

COELIOSCOPIE: dès l'introduction de l'optique,on constate la présence de sang foncé dans le Douglas.Les annexes baignent dans ce sang.Du côté droit,elles sont normales,mais du côté gauche,on constate un hématosalpinx de la taille d'une poire.

LAPAROTOMIE: il s'agit d'une G.E.U. tubaire gauche.On pratique une salpingectomie gauche.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse montre la présence de villosités choriales.

OBSERVATION N° 18

Madame DEL...,41 ans,est hospitalisée le 8-8-74 pour métrorragies après trois semaines de retard de règles.

Antécédents gynéco-obstétricaux.

. 1968 : F.C.S. de six mois;

. 1973 : F.C.S. curetée;

.D.R.N.:18-6-74 (cycles réguliers de 28 jours).

Le 16-7-74 saignement comme des règles mais moins abondant,puis métrorragies quotidiennes.

Pas de douleur pelvienne.

A l'examen: - pression artérielle à 13/8,pouls à 72.

TV: . col unpeu gros,déhiscent;

. utérus gros comme un mois environ;

. C.D.S. libres et indolores;l'ovaire gauche est perçu de taille normale.

N.F.S.: 3M800 G.R.;11,5 g Hb%, Ht=34%; 2900 G.B. dont 74% P.N.

Prolans: 750 à 2500 UI.

10-8-74 : examen sur table:on perçoit au TV. dans le cul-de-sac gauche l'ovaire plus une petite masse.

On décide de pratiquer une coelioscopie: la trompe gauche est le siège d'un hématosalpinx.

LAPAROTOMIE: il s'agit d'une G.E.U. tubaire gauche.On pratique une salpingectomie gauche.

L'examen histologiqueconfirme le diagnostic.

OBSERVATION N° 19

Madame MES...,32 ans,est hospitalisée le 2-10-74 pour douleurs pelviennes aigues avec malaise lipothymique et métrorragies de sang rouge,après un retard de règles d'un mois et demi.

Antécédents gynécologiques.

. 1970 : salpingectomie droite pour G.E.U. tubaire d'environ trois mois.

.D.R.N.: 19-7-74 (cycles réguliers de 28-30 jours).

Depuis trois semaines métrorragies de sang rouge avec caillots;ces derniers jours pertes abondantes noirâtres.

Depuis une semaine,douleurs abdominales.

A l'examen clinique: - pression artérielle à 11/6,pouls à 88;

Abdomen: légère défense sus-pubienne gauche;

TV: . col long,fermé;

. utérus un peu augmenté de volume,mais de taille inférieure à la durée de l'aménorrhée.

.On ne perçoit pas de masse,mais on réveille une vive douleur au niveau du cul-de-sac gauche;

. Sang rouge sur le doigtier.

N.F.S.: 4M500 G.R.;13,1 g Hb%, Ht=40%; 14800 G.B. dont 89% P.N.

COELIOSCOPIE: il s'agit d'une grossesse tubaire gauche sur trompe restante, fissurée et recouverte de caillots.

LAPAROTOMIE: l'intervention est compliquée du fait d'adhérences multiples entre le sigmoïde et la trompe gauche.

On pratique une salpingectomie gauche.

L'anatomo-pathologie confirme le diagnostic de G.E.U. tubaire.

OBSERVATION N° 20

Madame LIT...,31 ans,est hospitalisée le 23-10-74 pour métrorragies,douleur hypogastrique aigue avec lipothymie.

Antécédents gynéco-obstétricaux.

. Deux grossesses normales.

. Une fausse couche;

. Pose d'un stérilet en 1973;

D.R.N.: 23-9-74 ; métrorragies peu abondantes.

Examen à l'entrée:

- hypotension artérielle à 8/5,pouls filant à 96par minute, pâleur,soif, traduction d'une hémorragie interne.

TV: . Stérilet en place;

.Douleur à la mobilisation utérine;

. Douleur au Douglas.

N.F.S.: 3M200 G.R.;10 g Hb%,Ht=29%; 11000 G.B. dont 64% P.N.

LAPAROTOMIE en urgence:

volumineux hémopéritoine d'environ un litre et demi.

L'exploration des annexes montre qu'il s'agit d'une rupture tubaire au niveau de la portion isthmique de la trompe gauche.On pratique une salpingectomie gauche; ligature de la trompe droite inflammatoire et porteuse d'un kyste de un centimètre au niveau du pavillon.

ANATOMO-PATHOLOGIE: présence de villosités choriales.

OBSERVATION N° 21

Madame DAU...,19 ans,est hospitalisée le 5-11-74 pour douleurs pelviennes.

Antécédents.

. 1967 : intervention sur le rein gauche (syndrome de la jonction)

. Février 1974: appendicectomie.

.D.R.N.: 21-10-74 (cycles réguliers de 28 à 30 jours).

A ressenti de violentes douleurs au niveau de la F.I.D. trois semaines avant l'hospitalisation, ayant duré une semaine avec fébricule à 37°5-38°C.

A consulté un chirurgien qui prescrit des injections de TERRAMYCINE (11 IM), et du TANDERIL,ce qui a pour effet une cédation des douleurs.

Lorsque la malade est hospitalisée,il n'y a ni douleurs pelviennes,ni métrorragies.

A l'examen: - pression artérielle à 11/6,pouls à 80.

- Speculum : col sain;

TV: utérus de taille normale en position normale;on perçoit une masse latéro-utérine droite ferme et douloureuse,oblongue,de 7 centimètres de long sur 3 centimètres de large, indépendante de l'utérus.

N.F.S.: 4M G.R.;12,3 g Hb%; 7400 G.B. dont 71% P.N.

COELIOSCOPIE le 7-11-74 : échec en raison de multiples adhérences entre l'épiploon et la paroi,surtout du côté droit qui est celui qui nous intéresse.

LAPAROTOMIE EXPLORATRICE : la trompe droite est le siège d'un hématosalpinx typique avec deux perforations.

Traitement conservateur: résection-implantation.

Anatomo-pathologie : confirmation du diagnostic de G.E.U. tubaire.

OBSERVATION N° 22

Madame BON...,36 ans,est hospitalisée le 18-1-75 pour métrorragies avec algies pelviennes , après un retard de règles d'un mois.

Antécédents gynéco-obstétricaux.

. Trois grossesses normales.

. Stérilet en place depuis sept ans sans problème.

.D.R.N. : 21-11-74.

Présente depuis un mois des métrorragies peu importantes auxquelles se sont ajoutées des douleurs hypogastriques prédominant à gauche.

A l'examen: - pression artérielle à 13/8,pouls à 68.

TV: . utérus augmenté de volume,rétroversé;

. C.D.S. gauche comblé et douloureux ; on perçoit une petite masse latéro-utérine gauche.

N.F.S.: 4M360 G.R.; 13 g Hb%; 6900 G.B. dont 75% P.N.

Prolans : 1000 UI.

LAPAROTOMIE : l'utérus est fixé par de nombreuses adhérences. Au niveau de l'annexe gauche , présence d'un kyste de l'ovaire gros comme une mandarine, laminant complètement celui-ci. L'annexe droite est également encapuchonnée par des adhérences.

La trompe gauche présente une G.E.U. ampullaire non rompue avec écoulement sanglant par le pavillon ; collection sanguine dans le Douglas.On pratique une annexectomie gauche complète ; ligature de la trompe droite en raison du risque de récidive sur cette trompe inflammatoire.

Examen histologique de la pièce d'exérèse : présence de villosités choriales.

OBSERVATION N° 23

Madame MOU...,23 ans, est hospitalisée le 4-1-75 pour syndrome douloureux abdominal aigu avec chute de la pression artérielle.

Antécédents gynéco-obstétricaux.

. Une grossesse normale à terme en 1972.

. Septembre 1974 : fausse couche;

.D.R.N.: 7-11-74.

Du 22 au 29-12-74 métrorragies de sang rouge avec caillots.
A ressenti dans la soirée une douleur sus-pubienne en coup de poignard, d'apparition brutale, avec tendance syncopale, irradiant dans les fosses iliaques et à l'épaule gauche, suivie de nausées et vomissements.
Pression artérielle en ville à 9/7.

Examen à l'entrée:

- pression artérielle à 12,5/6,pouls à 80;pâleur cutanéo-muqueuse, soif.
Défense abdominale;
TV: . col mou,fermé;
. C.D.S. gauche douloureux;
. Douleur au Douglas.

N.F.S.: 3M110 G.R.;9,3 g Hb%,Ht=28%; 20700 G.B. dont 92% P.N.

LAPAROTOMIE en urgence:

Dès l'ouverture du péritoine, on évacue une collection sanguine importante.

Les trompes droite et gauche sont normales, mais déjà des brides les accolent au sigmoïde.

L'utérus est légèrement augmenté de volume.

A l'exploration de l'ovaire gauche, on fait sortir un embryon.

Il s'agit d'une grossesse extra-utérine à développement ovarien.

On pratique une résection ovarienne.

L'examen anatomo-pathologique confirme la présence de villosités choriales au sein de l'ovaire.

CONSIDERATIONS INSPIREES PAR LES 23 OBSERVATIONS DE GROSSESSES EXTRA-UTERINES observées en trois ans au C.H. de PONTOISE dans le service de gynécologie-obstétrique du Dr LOGEAY, et les services de chirurgie des Drs PLANE et VERMEULEN.

1°.- CONSIDERATION SUR LA FREQUENCE:

Il a été observé 23 G.E.U. de Novembre 1971 à Janvier 1975,dont 22 grossesses tubaires et une grossesse ovarienne.
Pendant la même période, il y a eu 3358 accouchements à la maternité du C.H. de PONTOISE, soit une fréquence de G.E.U. de:
1,36 pour 200 accouchements.

2°.- CONSIDERATION SUR L'AGE DES PATIENTES.

- 16 à 20 ans : 4 cas
- 21 à 25 ans : 4 cas
- 26 à 30 ans : 6 cas
- 31 à 35 ans : 4 cas
-36 à 41 ans : 5 cas

Il convient de noter que dans 11 cas, l'âge est égal ou supérieur à 29 ans. Dans environ la moitié des cas, il s'agit de nullipares.

3°.- ROLE DES ANTECEDENTS.

a.- Des antécédents d'avortement sont notés dans huit cas.

b.- Dans deux cas, il existe des antécédents de péritonite tuberculeuse.

c.- Deux cas sont une récidive:

- L'un du même côté (intervention précédente conservatrice= césarienne tubaire).
- L'autre sur la trompe restante, une salpingectomie ayant été effectuée la première fois pour G.E.U.

d.- Parmi ces 23 cas de G.E.U., on relève trois cas de grossesses tubaires sur stérilet (D.I.U.)

4°. - DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE ET DE L'INTERROGATOIRE.

La douleur pelvienne est le meilleur signe fonctionnel de G.E.U. Elle n'est absente que dans une seule observation; elle est particulièrement évocatrice lorsqu'elle précède les métrorragies.

Les métrorragies sont très fréquentes, notées dans la majorité des observations.

Douze observations mentionnent la taille de l'utérus:

- huit fois le volume utérin est trouvé augmenté,
- quatre fois le volume utérin est trouvé normal.

La "classique masse latéro-utérine" n'a été percue que dans six cas.

La douleur du Douglas a été notée 15 fois.

Retenons aussi comme bon signe la douleur à la mobilisation utérine.

5°.- SIEGE DE LA GROSSESSE TUBAIRE.

Sur les 22 cas de grossesses tubaires, le siège a été retrouvé:

- à droite dans six cas;
- à gauche dans 16 cas.

6°. -SUR LE PLAN BIOLOGIQUE:

Il a été noté une anémie dans la plupart des cas, et une polynucléose neutrophile dans onze cas:

- 10000 à 15000 G.B. : 8 cas,
- 15000 à 20000 G.B. : 1 cas,
- plus de 20000 G.B. : 2 cas.

CLASSIFICATION DES 23 CAS DE G.E.U.

. 22 G.E.U. TUBAIRES
- 11 compliquées d'accidents hémorragiques
  . 7 ruptures dont un cas mortel
  . 4 avortements tubo-abdominaux
- 11 non compliquées (Hématosalpinx)

. Un cas de grossesse ovarienne rompue se présentant sous la forme d'un syndrome d'hémorragie intra-abdominale.

Il a été pratiqué 12 fois une coelioscopie.

CONCLUSION

Les tableaux cliniques de grossesse extra-utérine atypiques sont fréquents. Les complications de la contraception hormonale ou par D.I.U. multiplient encore les causes d'erreur.

Le diagnostic devient facile si l'on y pense;la coelioscopie le confirme en cas de doute.
Mais le diagnostic de grossesse extra-utérine est souvent fait tardivement à la période de rupture où devant le tableau clinique :collapsus brutal,syndrome douloureux abdominal,cri du Douglas,réanimation et intervention d'urgence s'impose.La coelioscopie est ici inutile,voire dangereuse.

Le retard de diagnostic peut s'expliquer en partie par le fait que la grossesse extra-utérine ne se traduit pas fréquemment au début par la"triade classique":
retard de règles,métrorragies sépia et masse latéro-utérine douloureuse.
C'est l'intérêt de la coelioscopie qui permet de faire un diagnostic précoce de grossesse ectopique et de diminuer ainsi la chirurgie mutilante.

Les signes classiques sont souvent absents au début.La malade vient consulter pour une irrégularité menstruelle ou des douleurs abdomino-pelviennes. Ces douleurs sont le signe fonctionnel le plus constant.Les métrorragies sont très fréquentes;elles ne débutent pas toujours après le retard de règles ; elles peuvent commencer au milieu du cycle ou continuer une menstruation. L'absence de retard de règles n'est jamais à retenir contre le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'examen clinique sur table gynécologique,après évacuation vésicale doit être méthodique et attentif.La classique masse latéro-utérine douloureuse est loin d'être constante.Sont évocateurs une douleur à la mobilisation utérine,une douleur au cul-de-sac de Douglas,une sensibilité ou un empâtement d'un cul-de-sac latéral.

Certaines circonstances thérapeutiques peuvent égarer le diagnostic:
-Si une contraception hormonale est en cours,on parle de "spotting" au début,de métrorragies par atrophie de l'endomètre après une prise prolongée d'oestro-progestatifs.

-Si un traitement hormonal n'arrête pas des métrorragies étiquetées fonctionnelles,il peut s'agir d'une G.E.U.

-Si les métrorragies persistent après un curetage,et que la malade se plaigne de douleurs pelviennes,il faut évoquer une grossesse extra-utérine (forme pseudo-abortive).Les débris ramenés par le curetage étaient dûs à une transformation déciduale de l'endomètre.

-Lorsque des métrorragies apparaissent chez une femme porteuse d'un stérilet (D.I.U.),il faut penser à la grossesse extra-utérine,car 5 à 6% des grossesses survenant chez les femmes porteuses d'un D.I.U. sont des G.E.U.

C'est pourquoi toutes métrorragies ou syndrome douloureux pelvien chez une femme en période d'activité génitale doit toujours faire d'abord évoquer une grossesse extra-utérine et faire pratiquer un bilan gynécologique soigneux (TV),voire une coelioscopie qui confirmera le diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ARMBORST V. Diagnostic différentiel de la rupture tubaire. Zbl.Gyn.,28 oct. 1967,89,n°43,1592-1593.

(2) ARMSTRONG J.T.,WILLS S.H.,MOORE J.,LAUDEN A.E. Grossesse ectopique,revue de 481 cas.Am.J.Obst.Gyn.,fev. 1959,77,n°2,364-370.

(3) BADEN W.F.,HEINS O.H. Ovarian pregnancy.Case report with discussion of controversial insues in the litterature.Am.J.Obst.Gyn.,1959,77,364.

(4) BECK H.U.Perforation dans le caecum d'une hématocèle par rupture de grossesse tubaire. Zbl.Gyn.,11 oct. 1958,80,n°41,1634-1639.

(5) BENSAID J.J.Les grossesses extra-utérines sous stérilets.A propos de sept observations,Thèse Paris 1974,n°15.

(6) BERTRAND P. et coll.(Nancy).Un nouveau cas de grossesse extra-utérine bilatérale. C.R. Soc.Fr.Gyn. 35,467(oct. 1965).

(7) BETTZIECHE H. Grossesse tubaire et segment proximal de la trompe. Zbl.Gyn. 6 janv.1962,84,n°1,38-44.

(8) BONE N.L.Etude histologique des trompes dans les grossesses tubaires.Recherche d'une infection préexistante. Am.J.Obst.Gyn.,1961,1166-1172(Novembre).

(9) BORONOW R.C.,Mc ELIN T.W.,WEST R.H. Ovarian pregnancy.Report of four cases and a thirteen years survey of english litterature. Am.J.Obst.Gyn.,1965,91,1095.

(10) BREEN J.L.(Livingston).A 21 years survey of 654 ectopic pregnancies. Am.J.Obst.Gyn.106(7),1004-1019,Avril 1970.

(11) CHABERT P.,SUAUDEAU J.,RACINET Cl.,FERRIEUX J.(Grenoble) A propos d'une série de 141 grossesses extra-utérines.Revue Fr.Gyn.Obst.,65(5), 249-256,Mai 1970.

(12) CONSTANTINI O. Le diagnostic différentiel de la grossesse tubaire. Clin.Ost.Gin.,Juin 1958,60,n°3,139-142 (Résumé français).

(13) COUVELAIRE .Etudes anatomiques sur les grossesses extra-utérines tubaires, Thèse Paris 1901.

(14) CRAWFORD E.,HUTCHINSON H. Dix ans de C.R. sur les grossesses tubaires condensés d'après la littérature plus trois cents cas consécutifs sans un seul décès. Am.J.Obst.Gyn.,Mars 1954,67,n°3,568-584.

(15) DAVIN-POWER M.M.,O'DWYER J.P.,LESLIE D.A. Grossesse tubaire et salpingite tuberculeuse.J.Obst.Gyn.Brit.Emp.,Dec. 1955,62,n°6,957-959.

(16) DES RIEUX Y.,MICHEL BECHET Y. (Avignon).Réflexions à propos d'une grossesse tubaire récidivante.C.R.Soc.Fr.Gyn.37,n°5,344-346(Mai 1967,parution fev.1968).

(17) DOUGLAS C.P. Grossesse ectopique tubaire.Brit.Med.J.,5 oct.1963,n°5361 ,838-841.

(18) DUPAY A. A propos de 148 grossesses tubaires,Thèse Paris 1957.

(19) EKOLLO F. (Nancy-Laxou) Grossesses extra-utérines à la clinique gynécologique et d'accouchement de 1958 à 1962,Thèse Strasbourg 1965.

(20) FABRE J.F.,LE LORIER G. (Paris) Quelques aspects actuels de la G.E.U. Progrès Med. 98(7-8),113-118,Avril 1970.

(21) FRANKLIN E.W.,ZEIDERMAN A.M.,LAEMMLE P. Tubal ectopic pregnancy.Etiology and obstetric and gynecologic sequelae.Am.J.Obst.Gyn.,15 Sept. 1973,117,n°2,220-225.

(22) FUNCK-BRENTANO P. Le praticien devant la G.E.U. Gaz.Med. Fr.,10 juillet 1956,63,n°13,1213-1220.

(23) FUNCK-BRENTANO P.,HENRY J. Les formes hémorragiques de la G.E.U. Gyn. et Obst. 62,15(Mars 1963).

(24) GIONNI L.,WIRTZ L. Remarques sur une série de 105 G.E.U. Revue Gyn. Obst. Paris 1949,8,288-292.

(25) GIRAUD J.P.,DEJOIE A.,BARBIER J.,DE TOURRIS H. (Poitiers) G.E.U. et stérilets. J.Med. Poitiers 1,(2),79-81,1970.

(26) GREPLOVA M. Chorioépithélioma et grossesse tubaire. Zbl.Gyn.,21 Mars 1970,92,n°12,380-382.

(27) GUILLEMIN P. et A. Grossesse tubaire récidivante.Gyn.Obst. 1952,4,n°4-761.

(28) HALPIN T.F. (New-York) Ectopic pregnancy.The problem of diagnosis. Am.J.Obst.Gyn. 106(2),227-236,Janv. 1970.

(29) HUYS J.,THOMSIN H.,HUSTIN.A propos d'un cas de grossesse tubaire bilatérale chez une nulligeste.Rev.Fr.Gyn.Obst. 67(5),353-354,Mai 1972.

(30) KLEINER G.J.,ROBERTS TH.W. New-York).Les facteurs courants en cause dans la grossesse tubaire. Am.J.Obst.Gyn. 99,n°1,21-28 (Sept. 1967).

(31) KOBAYASHI M.,HELLMANN L.M.,FILLISTI L.P. (Brooklyn).Ultra-sound,an aid in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am.J.Obst.Gyn. 103,n°8,1131-1140(Avril 1969).

(32) KONDRIKOV N.I.,ELISAROV N.N. Particularités morphologiques et histochimiques des trompes dans la grossesse ectopique.AKOUCHERSTVO GUINEK,1972,n°6,42-46.

(33) KREMLING H. La grossesse tubaire est-elle plus fréquente? Med.Klin,16 Oct.1964,59,n°42,1660-1662.

(34) LEGERLOTZ C.Etude histologique du problème de la génèse inflammatoire de la grossesse tubaire.Gynéc.,1967,163,n°6,407-414.

(35) LEVY G. et coll. (Strasbourg) G.E.U.,salpingite aigue et stérilet.
Bull.Fed.Soc.Gyn.Obst. 20,n°1,86-88 (Janv.-Mars 1968).
(36) MENG M. La grossesse ectopique à répétition.Grossesse tubaire à trois reprises chez la même malade.Gynaecologiae,Mai-Juin 1959,147,n°5-6,474-480.
(37) MIKAELIAN S., COGNAT M.,MIGUET B. (Lyon).G.E.U. chez des femmes porteuses de stérilets.A propos de cinq observations personnelles.
C.R.,Soc.Fr.Gyn. 39 (4), 231-237 (Avril 1969, réception Janvier 1970).
(38) MONDOR H. Grossesse extra-utérine. Abdomen- Diagnostics urgents (1930)
(39) MORICARD R. Problèmes anatomo-pathologiques posés par le diagnostic de grossesse extra-utérine et diagnostic étiologique des hémorragies tubaires.
Gaz.Med.Franc., 10 Juillet 1956, 63, n°13, 1223-1224.
(40) MOUTON G. et coll. Grossesses extra-utérines chez des femmes portant un dispositif anticonceptionnel intra-utérin. Grossesse tubaire non rompue; rupture cataclysmique. Mem. Acad.Chir.,1968, 94, n°10-11, 358-360.
(41) NETTER A., MUSSET R., DUPAY A. L'hystérographie à la diodone-polyvidone; méthode de diagnostic des grossesses tubaires.
Gyn.Obst., Nov.-Dec. 1957, 56, n°5, 467-485.
(42) NILES J.H., CLARK J.F. (Washington).Pathologenesis of tubal pregnancy.
Am.J.Obst.Gyn. 105, n°8, 1230-1234 (15 Dec. 1969).
(43) OUIMET C. Grossesse tubaire-Etiologie et traitement.Relevé de 37 cas personnels de grossesses tubaires de 1951 à Aout 1954.
Union Med. Canada, Juin 1955, 84, n°6, 659-668.
(44) PALMER R. La coelioscopie dans la grossesse extra-utérine.
Rev. Franc. Gyn.Obst., Avril 1947.
(45) PAOLI A., TRAN D.K. (Nice) .Grossesse ovarienne. A propos de deux observations.
Nice Med., 10, (6), 307-309, Nov-Dec. 1972.
(46) PERSAUD V. Etiologie de la grossesse ectopique tubaire. Etude radiologique et pathologique. J. Obst.Gyn., Aout 1970, 36, n°2, 257-263.
(47) PETITCOLAS J. La grossesse extra-utérine tubaire.
Rev.Med. NOM., Avril 1968, 10, n°4, 305-323.
(48) PHILIPPE E. et coll. Grossesse tubaire, ovulation tardive et anomalie de nidation. Gyn. et Obst. Nov.-Dec. 1970, 69, n°5 bis, 617-628.
(49) QUEREUX P., CAULET R.,PLUOT M.,ADNET J.J. Tuberculose tubaire et grossesse extra-utérine. Ann. Med.Pharm. Reims, Fev. 1968, 5, n°1, 51-56.

(50) REVUE DU PRATICIEN. Grossesse extra-utérine, Paris 1973, 23, 3299-3382.

(51) RIBON M., GRIGNON G., LANDES P., DESROZIERS J.M. (Nancy). Grossesse ovarienne. Bul. Fed. Gyn.Obst. 21, (3), 328-329 Juin-Aout 1969, réception Décembre.

(52) ROBERT H. Traitement de la grossesse extra-utérine, J. Chirurgie 1963, 85, 3, 351-360.

(53) ROCK J.,HERTIG A.T. Ovarian pregnancy dans BORONOV et coll. Am.J.Obst.Gyn. 1965, 91, 1095.

(54) ROUHIER G. Les hémorragies des grossesses tubaires. Sem. Hop.Paris, 6 Dec. 1950, 26, n°90, 4664-4676.

(55) SCHENKER J.G., EYAL F., POLISHUK W.Z. Fertilité après grossesse tubaire. Surg.Gyn.Obst., Juillet 1972, 135,n°1, 74-76.

(56) SCHIFFER M.A. A review of 268 ectopic pregnancies. Am.J.Obst.Gyn. 86, 264 (Mai 1965).

(57) SKULI V. Chorioépithélioma après grossesse tubaire. Zbl.Gyn., 11 Oct. 1958, 80, n°41, 1629-1634.

(58) SOLAL R. et coll. 65 observations de grossesses tubaires. Aspects cliniques et thérapeutiques. Rev. Fr.Gyn.Obst. 58, n°6, 479-485 (Juin 1963).

(59) STANCA C.,JONESCO M.,RATZIOU D.L.,ANGHEL J. Considérations sur la place de l'endométriose dans l'étiopathogénie de la grossesse extra-utérine en général et spécialement de la grossesse tubaire.Gyn.Prat. 1959, 10, n°4, 237-250.

(60) STINGL A. Tuberculose tubaire et grossesse extra-utérine. Wien.Klin.Wschr., 26 Oct. 1962, 74, n°43, 736-738.

(61) STOGER H. Grossesse tubaire. Munch. Med. Wschr., 26 Nov. 1971, 113, n°48.

(62) THOYER-ROZAT J., DUPAY A. A propos d'une série de 200 grossesses extra-utérines. Sem.Hop.Paris , 1960, 36, 32-33,1967-1971.

(63) THOYER-ROZAT J. Grossesse extra-utérine et hémorragies intra-péritonéales. E.M.C. GYN. fasc. 700 A10 (3-1960).

(64) TROTTA E. Rupture de grossesse tubaire.Rev.Brasil. Cir., Fev. 1955, 29,n°2,167-171

(65) WIST A. Etiologie de la grossesse tubaire,Thèse Helsinki 1953, n°5.

(66) WIST A. Les rapports de l'endométriose tubaire et de la grossesse tubaire. Acta.Obst.Gyn.Scand., 1954, 33, n°1, 69-82.

(67) ZERVOUDAKIS A.,CORCONDILASE, KALYVIS P. (Athènes). Etude statistique de 148 cas de G.E.U. Rev.Franc.Gyn. 66, (4), 265-267 (Avril 1971).